

Presentert på Styremøte i Helse Vest RHF 27.mai 2005

Helse Vest RHF – Organisering og prinsipper for god virksomhetsstyring





Innhold

Innhold	3
1. Oppdragets mandat.....	5
1.1 Overordnede føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet	5
1.2 Prinsipper for god virksomhetsstyring- organisering av Helse Vest RHF	6
2. Internkontroll og risikostyring.....	8
2.1. Bakgrunn.....	8
I protokoll fra foretaksmøtet den 17. januar 2005 understreket departementet at det fra 2005 skal stilles krav til virksomhetsstyring i de regionale foretakene for å sikre at aktivitetene i helseforetakene skjer i samsvar med lovkrav og andre myndighetskrav.	
2.2. Hva er internkontroll?.....	9
2.2.1 Internkontroll i helsesektoren	9
2.2.2. Rammeverk for etablering av styring og kontroll	10
2.3 Internkontroll og det regionale ansvaret	11
2.4. Internkontroll i helsesektoren.....	12
2.4.1 Overholdelse av lover og regelverk	12
2.4.2. Internkontroll og merverdi	14
2.5 Internkontroll og risikostyring	16
2.6 Forslag til utvikling av internkontrollstrategi.....	17
3. Prinsipper for organisering av internrevisjonen	18
3.1 Innledning	18
3.2 Internrevisjonen som en del av foretakets interne kontroll	18
3.3 Mandatet og kvalitetssikring av evalueringer.....	19
3.4 Ulike modeller for organisering av internrevisjon.....	20
3.4.1 Egne ansatte - bygger opp en egen avdeling med egne fast ansatte.....	20
3.4.2 Outsourcing - setter ut revisjonsarbeidet i sin helhet til et eksternt firma.....	20
3.4.3 Ansatt eller innleid revisjonsleder som kjøper tjenester fra ulike kompetansemiljøer.....	20
3.5 Kvalifikasjoner til revisjonsleder	21
3.6 Fremdriftsplan for etablering av internrevisjon	21
Fase 1	21
Fase 2	22
4. Utvikling av sørge for- ansvaret og bestillerfunksjonen	23
4.1 Innledning	23

4.2 Styringsformer i helsesektoren	23
4.3 Om sørge for- ansvaret og utvikling av bestillerfunksjonen.....	25
4.3.1 Om å utvikle et klarere skille mellom bestiller- og utførerrollen	25
4.3.2 Avveininger ved bruk av bestiller- leverandør modeller.....	27
4.3.3 Bestiller – utfører: Noen modeller	28
Bestiller/utfører: Hva og hvor mye skal konkurranseutsettes?	28
4.3.4 Bestiller/utførermodeller: Forholdet til integrasjon mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten	29
4.4. Bestiller – utførermodeller og risikonivå	31
4.4.1 Bestiller og utfører: Former for konkurranse	32
4.4.2 Bestiller og utfører: Målgrupper.....	33
4.4.3 Bestiller og utfører: Tjenestetyper	34
4.4.4 Bestiller og utfører: Somatiske tjenester	34
4.4.5 Bestiller og utfører: Psykiatriske tjenester	35
4.4.6 Anbefaling	36
5. Videreutvikling av den regionale eierstyringen	37
6. Prinsipper for organisering av det regionale foretaksnivået.....	39
7. Oppsummerende anbefalinger.....	40
Vedlegg 1: Skisser til alternativ organisering av Helse Vest RHF	
Vedlegg 2: Erfaringer fra andre land	45
Sverige	45
New Zealand	46
Storbritannia.....	47

1. Oppdragets mandat

Det vises til møte mellom Helse Vest RHF og PwC den 1. februar 2005 og påfølgende engasjementsbrev.

Helse Vest RHF har bedt PwC utføre følgende oppdrag:

"Med bakgrunn i Helse- og omsorgsdepartementets eierkrav framsatt i Protokoll fra Foretaksmøtet, ønsker vi en vurdering av og tilråding til hvordan Helse Vest RHF kan tilpasse organisasjonen for å møte disse kravene på en hensiktsmessig måte.

Det vil være nødvendig med en helhetlig gjennomgang av organisasjonen, med fokus på å finne hensiktsmessige løsninger for bestillerfunksjonen, internrevisjon og prosjektledelse."

I e-post av 18. februar 2005 ber Helse Vest om følgende tilleggsbestilling:

"Vi ønsker at en også belyser hvordan Helse Vest kan styrke eierstyringen gjennom mer strukturert samhandling i forhold til helseforetakene uten at dette kommer i konflikt med den formelle beslutningsstrukturen som ligger i den formelle eierlinjen."

1.1 Overordnede føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet

I "Protokoll fra Foretaksmøte i Helse Vest RHF", fremkommer følgende overordnede krav fra Helsedepartementet:

- Oppfølging av juridisk rammeverk gjennom krav til internkontroll og allmenne prinsipper for god eierstyring.
- Innen utgangen av 2. tertial 2005 skal det etableres internrevisjon som en gjennomgående ordning i det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppa, herunder en ordning med kontrollkomité.
- Fra og med 2005 setter departementet krav til regionale helseforetak om tydeligere organisatorisk og systemmessig markering mellom de to rollene som henholdsvis ivaretager av "sørge for"- ansvaret og eier av underliggende helseforetak. Siktemålet er bedre organisatorisk understøttelse av de to rollene for å verne om det helhetlige ansvaret som er lagt til de regionale helseforetakene.
- Klargjøre innholdet i "sørge for-ansvaret"
- Utvikle en overordnet strategi for forholdet mellom bruken av egne helseforetak og bruken av private aktører
- Oppnå økonomisk balanse i 2005
- Avgrense adgangen til styrerepresentasjon i egne HF for ansatte i RHF'et.

1.2 Prinsipper for god virksomhetsstyring-organisering av Helse Vest RHF

PwCs forståelse og strukturering av oppdraget tar utgangspunkt i anerkjente prinsipper for god virksomhetsstyring (corporate governance). I figuren nedenfor illustreres de viktigste faktorene som påvirker virksomhetsstyringen. Utfordringen blir å tilpasse disse generelle styringprinsippene til de særtrekk som kjennetegner helseforetaksmodellen og samtidig hensynta de styringssignalene som er kommet fra eier (Helsedepartementet).

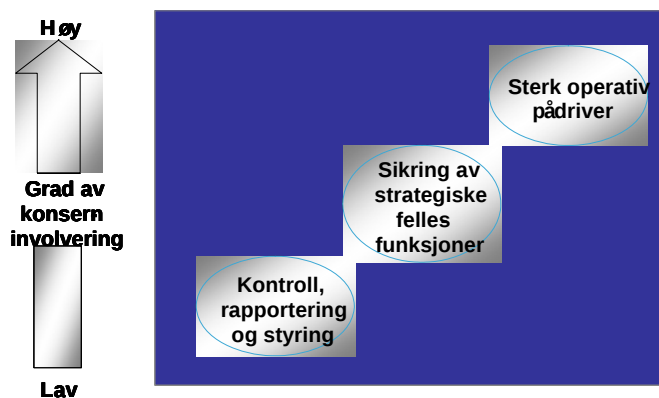
Figur 1.1 God virksomhetsstyring



Den overordnede styring og organisering av Helse Vest RHF må møte de krav og forventninger som eier formulerer i sitt bestillerdokument og protokoll fra foretaksmøtet. Dette medfører at Helse Vest RHF må gjennomgå og videreutvikle så vel eier- som sørge for-rollen, og utforme den helhetlige konsernstyringen i henhold til prinsipper for god virksomhetsstyring

Styringsambisjoner og innholdet i den regionale konsernstyringen kan illustreres i følgende figur:

Figur 1.2 Rolleutvikling for RHF



Helse- og omsorgsdepartementets krav i protokollen om et "helhetlig regionalt ansvar" tilsier at Helse Vest fortsatt må velge en modell som innebærer sterk konsernstyring. Det innebærer at Helse Vest RHF fortsatt bør organiseres som et **integreert konsern**. Dette medfører at så vel eier- som bestillerfunksjonen i Helse Vest fortsatt må samorganiseres innenfor rammen av et helhetlig regionalt ansvar.

Kravene i protokollen fra foretaksmøtet innebærer således at Helse Vest RHF må igangsette et utviklingsarbeid for å videreutvikle både eier- og sørge for-rollen.

Sørge for-ansvaret

Videreutvikling av den regionale **sørge for-rollen** vil bl.a. innebære:

- Utvikle og klargjøre forståelsen av og det strategiske innholdet i sørge for-rollen
- En organisatorisk og funksjonell styrking av sørge for-ansvaret
- Utvikle analysekapasitet for å kartlegge og ivareta befolkningens behov for helsetjenester
- Utvikle medisinsk-faglige prioriteringsretningslinjer i tråd med prioriteringsforskriften
- Utvikle og profesjonalisere bestillerrollen slik at man på objektivt grunnlag velger tilbydere ut fra helsefaglige prioriteringer, pris og kvalitet
- Bidra til å gi private aktører forutsigbare, langsiktige og rettferdige rammevilkår på linje med egne helseforetak
- Utvikle kvalitets- og effektivitetskrav til aktørene i spesialisthelsetjenesten og overvåke utviklingen
- Utforme prinsipper og prosedyrer for ivaretagelse av internkontrollansvaret i forhold til pasientrettigheter

Eierrollen

Videreutvikling av den regionale **eierrollen** vil bl.a. innebære å:

- Klargjøre innholdet i eierrollen med vekt på utforming av prinsipper for strategisk eierstyring av helseforetakene
- Etablere en mest mulig forutsigbar ansvarsfordeling mellom det regionale foretaket og det enkelte helseforetak
- Utvikle modeller og arenaer for kommunikasjon og samhandling mellom det regionale foretaket og det enkelte helseforetak
- Utvikle og implementere internkontrollansvaret som følger av eierrollen
- Utvikle metoder for risikoanalyser og risikostyring
- Videreutvikle arbeidet med å realisere konsernfordeler innenfor ikke-medisinske støttetjenester
- Ivareta et pådriveransvar mht. standardisering og effektivisering av de kliniske prosessene i helseforetakene for å oppnå bedre kvalitet og lavere risiko
- Utvikle målesystemer som verktøy for styring og virksomhetsforbedring
- Videreføre arbeidet med å få til en mer effektiv funksjonsfordeling mellom egne helseforetak ut fra hensynet til best mulig kvalitet på tjenestene

2. Internkontroll og risikostyring

2.1. Bakgrunn

I protokoll fra foretaksmøtet den 17. januar 2005 understreket departementet at det fra 2005 skal stilles krav til virksomhetsstyring i de regionale foretakene for å sikre at aktivitetene i helseforetakene skjer i samsvar med lovkrav og andre myndighetskrav.

Helse og omsorgsdepartementet vil for 2005, med utgangspunkt i gjeldende regler for internkontroll og allmenne prinsipper for god eierstyring, stille krav til oppfølging på disse områdene (ref. protokoll fra foretaksmøte):

"Styret for Helse Vest skal sikre at det er etablert eit samla opplegg for internkontroll for verksemda for å førebyggje, forhindre og oppdage avvik innanfor områda økonomi/rekneskap, drift/forvaltning, lov-/myndighetskrav og etikk.

Styret for Helse Vest RHF skal sjå til at internkontrollen i det regionale helseføretaket og helseføretaksgruppa er sikra i tilstrekkeleg omfang og på ein systematisk måte, med nødvendig forankring hos leiinga i heile organisasjonen.

Styret skal minimum ein gang i året ha ein samla gjennomgang av tilstanden i helseføretaksgruppa for å følgje opp internkontrollen, og ha tiltak for å følgje opp avvik.

Rapport fra styret sin gjennomgang skal leggjast fram for Helse- og omsorgsdepartementet i årleg melding. For 2005 skal det rapporterast kvart tertial om styrets oppfølging og avvikskorrigerande tiltak."

2.2. Hva er internkontroll?

Internkontroll defineres i videste forstand som prosessaktiviteter tilrettelagt og gjennomført av foretakets styre, ledelse og ansatte. Internkontrollen skal utformes på en slik måte at det gir akseptabel trygghet vedrørende måloppnåelse innen følgende fagområder:

- Sikre målrettet og effektiv drift
- Sikre pålitelig rapportering
- Sikre overholdelse av lover og regler

I bredeste forstand omfatter internkontroll samspillet mellom mål, risiko, styring og interne kontrolltiltak.

Det amerikanske begrepet "internal control", som omfatter både intern styring og kontroll, er oversatt til intern kontroll. Når det gjelder internkontroll fokuseres det ofte på kontrollaspektet, men gode internkontrollprosedyrer skal i bredeste forstand bidra til å oppnå virksomhetsforbedringer.

2.2.1 Internkontroll i helsesektoren

I arbeidet med å etablere et internkontrollsystem i helsesektoren er det naturlig å ta utgangspunkt i kravene i Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Forskriften fastsetter ikke en detaljert standardmal for hvordan internkontrollen i den enkelte virksomhet skal se ut, men beskriver hvilke funksjoner internkontrollen skal ivareta. Virksomhetene stilles langt på vei fritt til å bestemme hvilke prosedyrer og andre administrative tiltak internkontrollen skal omfatte. Det er likevel noen grunnleggende elementer som må være på plass for at virksomheten skal ha tilstrekkelig internkontroll. Dette framgår av forskriften § 4 bokstav a) til h), der det heter at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- a)** Beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b)** Sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c)** Sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d)** Sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e)** Gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f)** Skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g)** Utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,

h) Foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten

2.2.2. Rammeverk for etablering av styring og kontroll

Utvikling av en sterk internkontrollstruktur består i samspillet mellom 5 elementer:

1. Et godt kontrollmiljø
2. Bruk av løpende risikoanalyser i virksomheten
3. Konkrete kontrollaktiviteter
4. God kommunikasjon og informasjon på alle nivå
5. Aktiv overvåking fra ledelsens side

I de følgende gis en kort beskrivelse av de 5 innbyrdes sammenhengende komponentene:

- **Kontrollmiljøet:** Kontrollmiljøet setter standarden for en organisasjon når det gjelder å påvirke de ansattes holdning til kontroll og styring. Det danner grunnlaget for de øvrige kontrollkomponentene og gir orden og struktur. Kontrollmiljøets faktorer inkluderer integritet, etiske verdier og kompetanse hos virksomhetens medarbeidere, ledelsens filosofi og driftsform, måten ledelsen fordeler ansvar og myndighet på, og hvordan den organiserer og utvikler de menneskelige ressurser, samt til slutt styrets tilsyns- og styringsfunksjon.
- **Risikovurdering.** Enhver virksomhet står overfor en rekke eksterne og interne risiko som den må forholde seg til. En forutsetning for å kunne vurdere disse er etablering av internt forenlig målsætninger som er knyttet til hvert enkelt nivå i bedriften. Risikovurdering består av identifisering og analyse av risiko som er relevante når det gjelder oppnåelse av virksomhetens målsettinger. Identifiseringen og analysen danner så et grunnlag for hvordan risiko skal håndteres. Siden økonomiske, bransjemessige, reguleringsmessige og driftsmessige forhold til enhver tid vil endre seg, er det også behov for mekanismer som kan håndtere den spesielle typen risiko som er forbundet med endringer.
- **Kontrollaktiviteter.** Kontrollaktiviteter er handlingsplaner og rutiner som sikrer gjennomføring av ledelsens direktiver. De sørger for at de handlinger som utføres er tilstrekkelige for å håndtere risiko og sikre oppnåelse av virksomhetens målsettinger. Kontrollaktiviteter foretas i hele organisasjonen, på alle nivåer og i alle funksjoner. De omfatter en rekke aktiviteter, blant annet godkjenninger, anvisninger, verifikasjoner, avstemminger, driftsgjennomgåelse, sikring av ressurser og ansvarsfordeling.
- **Informasjon og kommunikasjon.** Viktig informasjon må identifiseres, fanges opp og formidles til riktig tid og gjøre de ansatte i stand til å utføre sine ansvarsoppgaver. Informasjonssystemer skaffer informasjon om drift, økonomi og overholdelse av lover og regler som muliggjør en kontinuerlig og målrettet drift og styring av foretaket. I tillegg til internt genererte data, behandler systemene også informasjon om eksterne hendelser og forhold som er nødvendige for å ta veloverveide økonomiske beslutninger og for ekstern rapportering. Effektiv kommunikasjon må også gjennomsyre organisasjonen i vid forstand. Alle ansatte må motta et klart budskap fra toppledelsen om at ansvaret for kontroll må tas alvorlig. De må forstå sin egen rolle i det interne kontrollsystemet, så vel som hvordan de enkelte aktivitetene og handlingene relaterer seg til andres arbeid. De må dessuten ha kanaler for formidling av viktig informasjon opp i hierarkiet til ledelsen. Det er også behov for å ha effektiv kommunikasjon med eksterne aktører, så som kunder, leverandører, lovgivere og aksjonærer.
- **Overvåking:** Interne kontrollsystemer trenger overvåking – en prosess som vurderer hvor effektivt systemet er over tid. Dette oppnås gjennom kontinuerlig overvåking, frittstående evalueringer eller ved en kombinasjon av de to. Kontinuerlig overvåking skjer parallelt med driften og inngår i den daglige ledelsen, som en del av den helhetlige overvåkningsfunksjonen og

integrert med andre handlinger som ansatte gjør når de utfører sine oppgaver. Omfanget og hyppigheten av de frittstående evalueringene avhenger primært av risikovurderingen og hvor effektive de kontinuerlige overvåkningsrutinene er. Mangler i den interne kontrollen bør rapporteres til ledelsen, og alvorlige forhold bør gå helt til toppledelsen og styret.

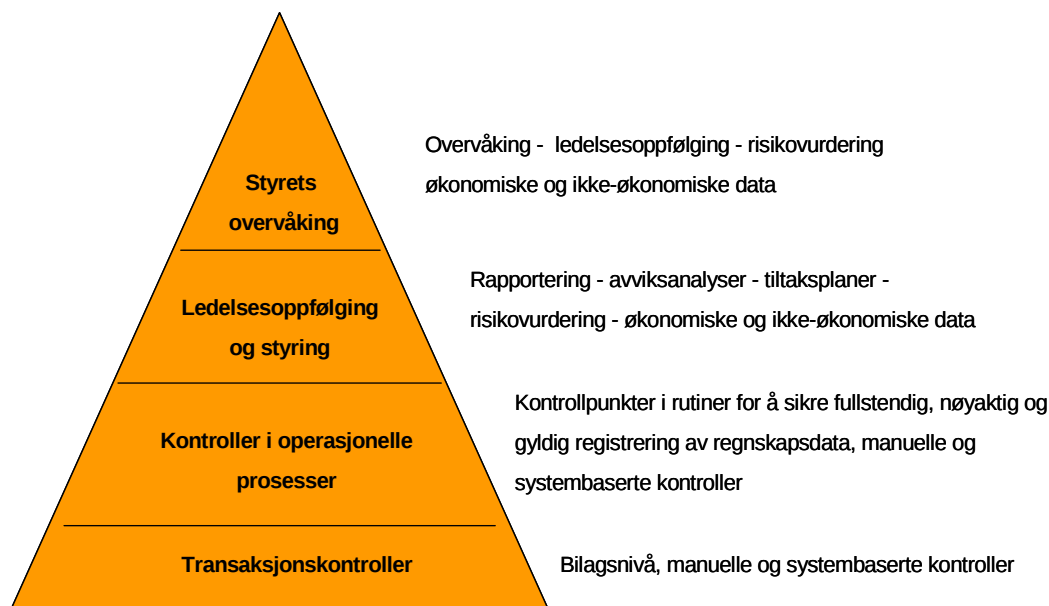
Det er synergi mellom komponentene og det hele fremstår som et integrert system som reagerer dynamisk på endringer i omgivelsene. Den interne kontrollen er mest effektiv når kontrollrutinene bygges inn i foretakets infrastruktur og er en del foretaket. Det er en direkte sammenheng mellom de tre målsetningskategoriene (som er det foretaket ønsker å oppnå) og komponentene (som representerer det som kreves for å nå disse målsetningene). Alle komponentene er relevant for alle målsetningskategoriene. Når man ser på en enkelt kategori – for eksempel overholdelse av lover og regler – må alle fem komponentene være på plass og fungere effektivt for at man skal kunne konkludere med at den interne kontrollen for overholdelse av lover og regler er effektiv.

2.3 Internkontroll og det regionale ansvaret

Internkontrollen er mest effektiv når kontrollsyste­met integreres i foretakets interne styringsstruktur. I forhold til de regionale helseforetakene vil internkontroll omfatte så vel eier- som sørge for- ansvaret. Styrets gjennomgående ansvar er å se til at det er etablert tilfredsstillende internkontrollsystem og at det skjer rutinemessig rapportering til styret om tilstand, avvik og håndtering av avvik. På dette grunnlaget delegerer styret til den administrative ledelsen ansvaret for å få etablert en tilfredsstillende internkontroll som gjennom blant annet instruks­er og rutinebeskrivelser sørger for at tilstrekkelige og effektive tiltak blir etablert og etterlevd i hele organisasjonen.

Figur­lig kan dette fremstilles på følgende måte:

Figur 2.1 Internkontroll og roller



Slik det fremgår av protokollen fra foretaksmøtet og bestillerdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet er det samlede internkontrollansvaret innenfor helseforetaksmodellen lagt til det regionale foretaket. Det innebærer en funksjonell organisering av internkontrollansvaret hvor **systemansvaret** ligger på regionalt nivå, mens det **operasjonelle** ansvaret skal utøves på helseforetaksnivå.

Innenfor en konsernmodell vil internkontrollansvaret på regionalt nivå bl.a. kjennetegnes av:

- Systemansvaret for å sikre forekomsten av tilfredsstillende internkontroll med hensyn til instruksverk, rutiner, standardisering, konsolidering, rapportering og oppfølging
- Regelmessig rapportering til styret
- Etablering av overordnede målsettinger
- Gjennomføre overordnede risikoanalyser
- Identifisering av risiko på overordnet nivå
- Konsolidere rutiner og informasjon som genereres gjennom prosess- og styringshierarkiet

2.4. Internkontroll i helsesektoren

2.4.1 Overholdelse av lover og regelverk

En sentral del av foretakets internkontroll er at man innretter og organiserer sin virksomhet i tråd med krav i lov og forskrift. Helseforetakene er underlagt av vel 35 lover med forskrifter og en rekke tilsyn og myndighetsorgan:

- Helsetilsynet
- Arbeidstilsyn
- Datatilsynet
- Brann og ei- sikkerhet
- Statens Strålevern
- Forurensningstilsynet
- Mattilsynet
- Sosial- og helsedirektoratet
- Rikstrygdeverket

Kvalitetssystemet

Overordnet system- perspektiv (Nivå 1)

Organisasjons- perspektiv (Nivå 2)

Fag/tema- perspektiv Prosedyrer

Lover og forskrifter

Mål og
strategi

Etikk

HMS

Katastrofe
plan

Avdeling 1

Avdeling 2

Avdeling 3

Metoder

Metoder

Metoder

Pasientforløp / verdikjede

Figur 2.2 Internkontroll og kvalitetssystemer

Figuren ovenfor illustrerer hvordan internkontrollansvaret materialiserer seg i de ulike delene av anvarskjeden innenfor helseforetaksmodellen.

Utfordringen for helseforetakene i et internkontrollperspektiv er således å tilfredsstille kvalitetskrav, rettigheter og plikter på så vel individ- som systemnivå. Dette vil omfatte så vel administrative som kliniske funksjoner.

Figuren nedenfor illustrerer hvordan Helse Vest RHF med utgangspunkt PwCs Clinical Audit-metodikk kan gjennomføre et systematisk forbedringsarbeid innenfor dimensjonen "Intern kontroll og oppfyllelse av myndighetskrav":

Figur: "Clinical Audit" som forbedringsmetodikk:



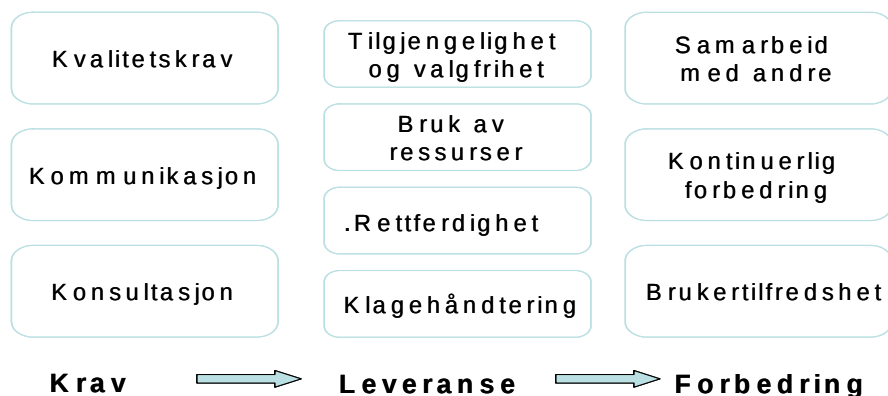
Kort forklart består denne metodikken av følgende aktiviteter:

1. Avklare lovkrav. Plassere ansvar og krav til reaksjon ved avvik (kvalitetsleder, avd.leder, adm. direktør)
2. Med basis i lovkrav – gjøre risikoanalyser – også innenfor klinisk kjernevirksomhet.
3. Utforme valide indikatorer med utgangspunkt i risikoanalyse
4. Samle og analysere data med utgangspunkt i indikatorer
5. Definere grenseverdier for akseptable avvik
6. Treffe korrektive tiltak og etablere plan for monitorering og oppfølging
7. Foreta nye målinger – periodisk måling og kontinuerlig forbedring

Metoden sikrer legitimitet og aktiv bruk av kvalitative data for systematisk forbedringsarbeid i kjernevirksomheten

En annen metodikk som kan egne seg i et systematisk virksomhetsforbedringsarbeid – der intern kontroll inngår som et element - er den såkalte Charter Mark-metodikken. Charter Mark er et veletablert system for forbedring av offentlig virksomheter, med særlig fokus på forholdet til brukerne.

Figur: Charter Mark som forbedringsmetodikk:



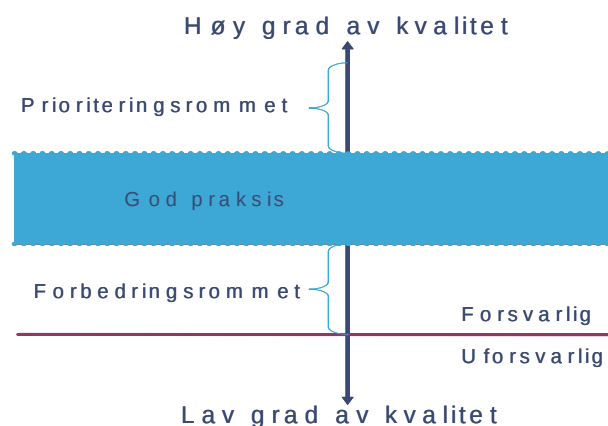
Det finnes også en rekke andre verktøy som kan benyttes i et systematisk arbeid med å forbedre en virksomhets interne kontroll og styring. Foruten de ovenfor nevnte, er følgende kvalitetsmodeller og standarder noen av de som er mest brukt med suksess i helsesektoren:

- ISO 9001
- EFQM-modellen
- Balansert målstyring

2.4.2. Internkontroll og merverdi

I et pasientbehandlingsperspektiv vil internkontroll bla dreie som avveiningen mellom kvalitet og effektiv bruk av knappe helseressurser. Dette optimaliseringsproblemet, som er en del av helseforetakenes prioriteringsansvar, er illustrert i figuren nedenfor:

Figur 2.3 Internkontroll for å oppnå god praksis

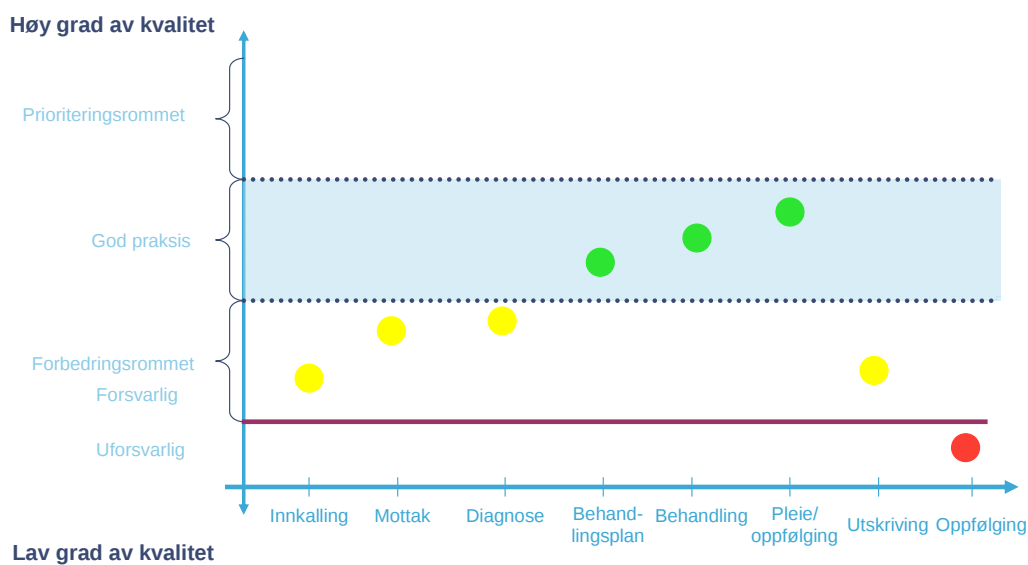


En hovedutfordring for helseforetakene er følgelig å finne balansepunktet mellom kvalitet og ressursinnsats. Tilsvarende optimaliseringsproblem vil gjelde forholdet mellom risikonivå og ressursbruk. Det er her viktig å se på internkontroll som en metodikk for kontinuerlig forbedring av kvalitet innenfor så vel administrative som kliniske prosesser og som er tilpasset hensynet til ressursinnsats og risikonivå.

I forhold til de kvalitetskrav og individuelle juridiske rettigheter som gjelder for helsesektoren, vil systematisk internkontrollarbeid være et viktig virkemiddel for å sikre overholdelse av myndighetskrav.

Tilsvarende kan internkontroll være et viktig redskap for å sikre kvalitet og forsvarlighet i pasientbehandlingen. I figuren nedenfor har vi vist hvordan internkontrollmetodikk kan anvendes innenfor et prosessorganisert pasientforløp-perspektiv.

Figur 2.4 Internkontroll i behandlingskjeden



En utfordring for det regionale helseforetaket blir følgelig å utvikle systemkrav som gjør at den medisinske praksis i helseforetakene befinner seg innenfor korridoren for "god praksis" og fremfor alt fange opp en medisinsk praksis som fremstår som uforsvarlig.

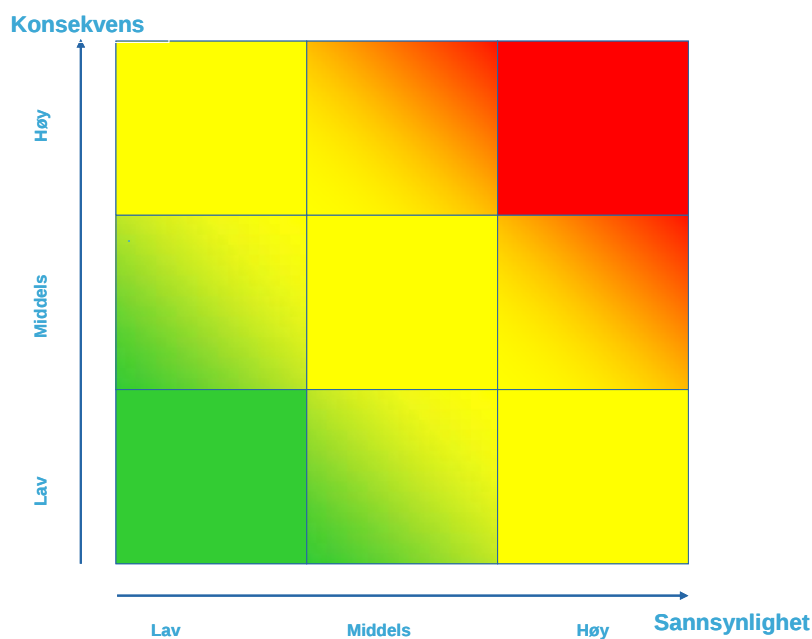
2.5 Internkontroll og risikostyring

Skal man forstå begrepet internkontroll må en forstå sammenhengen mellom mål, risiko, styring og kontrolltiltak:

- Enhver virksomhet er utsatt for et stort antall risikofaktorer, dvs. mulige hendelser som kan hindre virksomheten i å realisere sine strategier og nå sine mål.
- Risiko er et produkt av sannsynligheten for og konsekvensen av at slike hendelser (risikofaktorer) skal inntre.

Sentralt i utviklingen av en internkontrollstrategi er derfor (uansett ansvarsnivå) å utvikle en prioriteringsplan som er tilpasset parametrene **konsekvens** og **sannsynlighet**, slik at de hendelsene som har størst konsekvenser og høy grad av sannsynlighet for at de vil inntre, skal prioriteres mht. internkontrolltiltak. Dette illustreres i figuren nedenfor:

Figur 2.5. Internkontroll og risikostyring



2.6 Forslag til utvikling av internkontrollstrategi

Fase 1: Risikoanalyse

Utgangspunkt: Helse Vest RHF's mål og strategier brutt ned på ulike virksomhetsområder/enheter

Fremgangsmåte/metodikk:

- Gjennomføring av interaktiv risiko-workshop med representanter for for alle virksomhetsområder/enheter
- Strukturere workshop etter GROW (Goal, reality, option and will)
- Diskutere og fastsette virksomhetens risikotoleranse på ulike aktivitetsområder
- Analyse av risiko: sannsynlighet og konsekvens.
- Output: Prioritering av avdekket risiko. Definere omfanget av fase 2.

Fase 2: Kartlegging

Kartlegging av prosesser og kontrollaktiviteter prioritert i fase 1. Med fokus på

- Arbeidsdeling
 - Fullmakter
 - Dokumenterte retningslinjer, rutiner og avtaleverk
 - Registrering og oppdatering av data - tilrettelegging
 - Automatiserte/manuelle kontroller
-
- Vurdering av om kontrollaktivitetene sikrer at målsetninger og risikoer er på et akseptabelt nivå.
 - Fremgangsmåte/metodikk: Prosesskartlegging etter IDEF-metodikk. Intervju med prosesseksperter. Forankring hos prosesseiere.
 - Output: Dokumentasjon av prosesser og kontrollaktiviteter innenfor prioriterte områder. Vurdering av om kontrollaktivitetene sikrer at målsetninger og risikoer er på et akseptabelt nivå.

Fase 3: Utforming og implementering

- Utforme kontrollstrukturer og kontrollaktiviteter som sørger for at risikoen er på et akseptabelt nivå.
- Implementere nye kontrollstrukturer og kontrollaktiviteter i organisasjonen.

3. Prinsipper for organisering av internrevisjonen

3.1 Innledning

Helse Vest RHF (Helse Vest) ble i foretaksmøte 17. januar 2005 bedt om å etablere internrevisjon. Foretaksmøtets protokoll punkt 4.1.2 lyder som følger:

"Styret for Helse Vest RHF skal innen utgangen av 2. tertial etablere internrevisjon i det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen som et ledd i styrets overvåkning av internkontrollen. Intern revisjon er et viktig ledd i styrets overvåkningsfunksjon som uavhengig av administrasjonen for øvrig, skal foreta systematiske risikovurderinger, kontroller og undersøkelser av helseforetakenes internkontroll for å vurdere om den virker hensiktsmessig og betryggende"

"Rapportering for 2. tertial 2005 skal inneholde bekreftelse fra styret om at internrevisjon er etablert."

3.2 Internrevisjonen som en del av foretakets interne kontroll

Internkontroll defineres i videste forstand som en prosess, iscenesatt og gjennomført av foretakets styre, ledelse og ansatte. Den utformes for å gi rimelig sikkerhet vedrørende måloppnåelse innen følgende fagområder:

- Måltrettet og effektiv drift
- Pålitelig rapportering
- Overholdelse av lover og regler

Internkontroll er en integrert del av det daglige arbeidet for alle ansatte, og ikke bare noe som rapporteres hvert tertial til styret. Helseforetakene er underlagt ca. 35 lover med tilhørende forskrifter, 7 tilsyn samt ekstern revisjon og Riksrevisjonen. Det er en således en stor utfordring å etablere en internkontroll som ivaretar alle kravene Helse Vest er stilt overfor samt sikre en forsvarlig og effektiv drift. Helse Vest har i dag etablert en rekke tiltak som skal sikre tilfredsstillende internkontroll. Som eksempler på slike tiltak kan nevnes utarbeidelse av rutine- og prosedyrebeskrivelser samt utførelse av system- og fagrevisjoner.

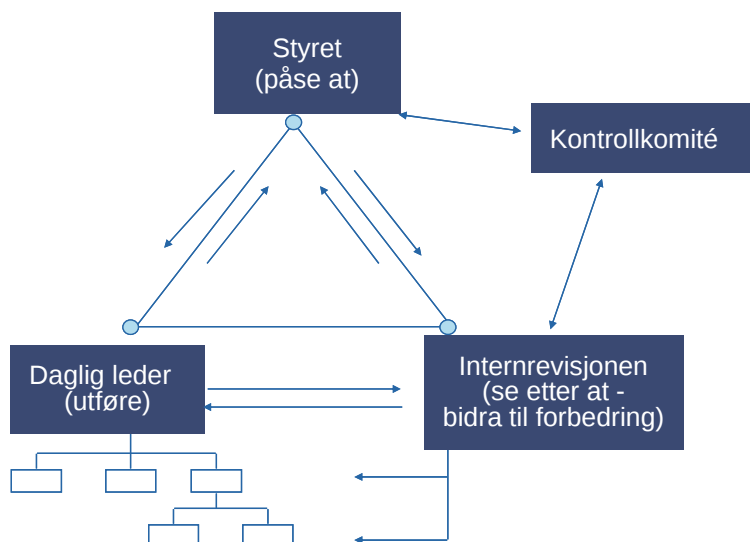
Protokoll fra foretaksmøtets sier at "styret skal sikre seg at det er etablert et samlet opplegg for internkontroll for virksomheten for å forebygge, forhindre og oppdage avvik innenfor områdene":

- Økonomi / regnskap
- Drift / forvaltning
- Lov / myndighetskrav
- Etikk

Styret for Helse Vest RHF skal påse at internkontrollen i det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen er sikret i tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte, med nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen."

Styret delegerer ansvaret for å få etablert en tilfredsstillende internkontroll til den administrative ledelsen som gjennom blant annet instruksjer og rutinebeskrivelser sørger for at tilstrekkelige og effektive tiltak blir etablert og etterlevd i hele organisasjonen. Internrevisjonens oppgave er å se etter at internkontrollen fungerer som forutsatt. I tillegg bør internrevisjonen ha som målsetting at den bidrar med merverdier gjennom å komme med anbefalinger til kvalitetsforbedring i de interne styrings- og kontrollsystemene.

Figur 3.1 Internrevisjonens rolle



3.3 Mandatet og kvalitetssikring av evalueringer

I teori om kvalitetssikring av evalueringer legges det ofte vekt på at mandatet må utformes ut fra bransje og risikobilde.

Protokollen fra foretaksmøtet anfører at internrevisjonen skal være underlagt administrerende direktør, men internrevisjonen kan også rapportere direkte til styret. Det er viktig at internrevisjonen er uavhengig av administrasjonen. Den mest vanlige organiseringen av internrevisjonsfunksjonen i norske selskaper er at den formelt er underlagt styret, og at de rapporterer direkte til styret. I det daglige arbeidet forholder imidlertid internrevisjonen seg til administrerende direktør og den øvrige toppledelsen. Uavhengig av formell organisering er det imidlertid avgjørende at internrevisjonen ved behov har direkte tilgang til styret.

3.4 Ulike modeller for organisering av internrevisjon

3.4.1 Egne ansatte - bygger opp en egen avdeling med egne faste ansatte

Dette er den "klassiske" internrevisjonen som inntil få år tilbake var klart mest vanlig i Norge. Slike internrevisjonsavdelinger finner man i store norske konsern som DnB NOR, Statoil, Norsk Hydro, Orkla mv. Fordelen med en slik organisering er at internrevisjonen vil få en unik kunnskap og forståelse om viktige styringselementer (strategi, operative mål, styrings- og kontrollsystemer etc.) i bedriften. Denne kunnskapen er fullt tilgjengelig for bedriften. Ulempen med en slik organisering er at man blir mindre fleksibel med hensyn til størrelse og sammensetning av internrevisjonen og dermed binder opp faste kostnader.

3.4.2 Outsourcing - setter ut revisjonsarbeidet i sin helhet til et eksternt firma

I tillegg til flere mellomstore banker er Storebrand et eksempel på et stort konsern som har valgt denne modellen. Fordelen med denne modellen er at den er fleksibel ved at sammensetningen og størrelsen på internrevisjonen kan endres løpende. Internrevisjonen blir også del av et større miljø med utviklingskraft innenfor fag og metodikk. Ulempen kan være at kunnskapen og forståelsen om bedriften ligger utenfor selskapet, og at den derfor over tid ikke er like tilgjengelig for foretaket. Bedriften blir også avhengig av et eksternt firma.

3.4.3 Ansatt eller innleid revisjonsleder som kjøper tjenester fra ulike kompetansemiljøer

Den største fordelen med en slik modell er fleksibiliteten den gir. Statkraft er eksempel på et konsern som har valgt denne modellen. Revisjonssjefen kjøper tjenester fra miljøer som til enhver tid er best mht. kompetanse sett i forhold til prisen på tjenestene. Dette gjør det mulig å sette sammen team på tvers av fagområder og ulike rådgivningsmiljøer. I noen tilfeller vil en også kunne benytte internt ansatte som en del av revisjonsteamet ("fagrevisor"). Ulempen med en internrevisjonsavdeling på kun én person er at denne ikke er en del av et fagmiljø. Denne ulempen kan kompenseres ved innleie ("management for hire") fra et større selskap istedenfor fast ansettelse.

I de tilfellene man kjøper inn kompetanse fra miljøer som ikke har revisjonskompetanse vil revisjonssjefen få merarbeid med hensyn på å "lære opp" vedkommende i den revisjonsfaglige delen av arbeidet. Et mulig tiltak her er å ha en fast revisjonsmedarbeider (ansatt eller innleid) med revisjonskompetanse til å delta på de ulike revisjonsoppdragene.

3.4.4 Ansatt revisjonsleder med team fra egen virksomhet

Et fjerde alternativ vil være å bygge kompetansemiljø rundt revisjonsleder i form av at man benytter virksomhetens egne ansatte innenfor ulike fagfelt til å foreta risikoanalyse og utvikle en forbedringsstrategi. En slik modell vil kunne gi store fordeler mht. effektiv implementering av forbedringstiltakene, men kan også innebære rollekonflikter.

3.5 Kvalifikasjoner til revisjonsleder

Ved ansettelse av internrevisjonssjef bør vedkommende ha kompetanse og erfaring innen internrevisjon. På samme måte som ekstern revisor er pliktig til å følge god revisjonsskikk bør intern revisor følge revisjonsstandardene utgitt av IIA (Institute of Internal Auditors). Videre bør intern revisor ha solid kunnskap om helsesektoren, ha evne til å sette seg inn i og forstå et komplekst risikobilde og ha prosjekterfaring. I tillegg må intern revisor ha høy integritet og evne til å kommunisere på alle nivåer.

3.6 Fremdriftsplan for etablering av internrevisjon

Som nevnt under innledningen skal styret i Helse Vest i sin rapportering for 2. tertial til eier bekrefte at internrevisjon er etablert. For å nå denne målsettingen er det viktig at det utarbeides en fremdriftsplan med milepæler og tidsfrister.

Nedenfor følger en punktvis oppstilling over hvilke tiltak, instruksverk etc. som bør være på plass innen utgangen av 2. tertial.

Fase 1

- Avklare rapporteringslinjene til internrevisjonen

Skal internrevisjonen rapportere til administrerende direktør, kontrollkomiteen eller styret? Ut i fra vår erfaring med internrevisjon i andre større norske konsern er det styret som gir de overordnede retningslinjer for internrevisjonens arbeid samt godkjenner internrevisjonens årsplan. Internrevisjonen rapporterer periodisk (kvartalsvis, halvårlig, årlig) til styret. I tillegg er det viktig at intern revisor ved behov har direkte adgang til styret.

I konsern som har etablert en revisjonskomite (underutvalg av styret med ansvar for oppfølging av økonomisk rapportering, samt kontakt med ekstern og intern revisor) er det vanlig at intern revisor møter fast på komiteens møter. Det er ingen fast praksis, men som regel møter intern revisor fast i kontrollkomite-møtene i finansnæringen. I protokollen fra foretaksrådet fremgår det at det skal etableres en kontrollkomite i Helse Vest. Det må avklares hvilke rolle kontrollkomiteen skal ha, skal den fungere som en revisjonskomite? Hvilke saker skal kun behandles i kontrollkomiteen og ikke gå videre til styret? Eller skal kontrollkomiteen fungere som et saksforberedende organ til styret? I den anledning er det viktig å få avklart hvilken rolle kontrollkomiteen skal ha i forhold til internrevisjonen.

I det daglige arbeid forholder internrevisjonen seg til administrerende direktør og ledelsen for øvrig. Periodiske rapporter og utkast revisjonsplan blir vanligvis gjennomgått sammen med administrerende direktør/konsernledelsen før styrebehandling.

- * Avklare grensesnitt mot ekstern revisor og Riksrevisjonen

For å få en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressurser brukt på de ulike former for revisjonsarbeid i Helse Vest, er det viktig å få avklart grensesnittet mellom intern og ekstern revisor, samt Riksrevisjonen. Ekstern revisor er i henhold til God revisjonsskikk pliktig til å vurdere internrevisjonens arbeid og dennes betydning for ekstern revisors eget arbeid. Det er vanlig at det etableres fast kontakt mellom ekstern og intern revisor og at det avholdes jevnlig møter. I planleggingsfasen er det naturlig å få innspill fra ekstern revisor. Videre er det naturlig at ekstern revisor får tilsendt internrevisjonens årsplan og revisjonsrapporter. Tilsvarende bør det etableres

kontakt med Riksrevisjonen. Som et minimum bør Riksrevisjonen få tilsendt internrevisjonens årsplan.

* Avklare rolle mot eksterne tilsyn

Helse Vest er underlagt flere eksterne tilsynsmyndigheter som gjennom året avlegger helseforetaket flere tilsynsbesøk/inspeksjoner. Fra noen selskaper underlagt eksterne tilsyn er vi kjent med at internrevisjonen har fått et koordineringsansvar mot disse. Formålet med dette koordineringsansvaret er å sikre enten samordning av tilsyn- og revisjonsbesøk eller å unngå at samme område/enhet blir "overrevidert". Det vil ikke alltid være mulig å få til samordnede besøk fra tilsynsorgan og internrevisjonen da de to kontrollorganene kan ha ulike formål og fokus med sine gjennomganger.

* Utarbeide instruksverk

Etter at Helse Vest har foretatt en avklaring av internrevisjonens og kontrollkomitèens rolle må det utarbeides instruksverk for disse to organene. Det bør utarbeides et mandat for hhv. internrevisjonens og kontrollkomitèens arbeid. Dette mandatet bør behandles og vedtas i styret. I tillegg må styreinstruksen endres i forhold til styrets grensesnitt mot internrevisjonen og kontrollkomitè. Det må videre utarbeides en stillingsinstruks for leder av internrevisjonen (internrevisjonssjef).

* Rekruttere internrevisjonssjef

Arbeidet med å rekruttere en internrevisjonssjef bør settes i gang. Under punkt 3.5 har vi gitt innspill til kvalifikasjoner til leder for internrevisjonen i et helseforetak. Da det etter vår mening er viktigere å finne en person med de riktige kvalifikasjoner enn å sikre en rask ansettelse kan alternativt Helse Vest i en overgangsfase leie inn en revisjonssjef for å få etablert internrevisjonsfunksjonen. I dette arbeidet kan for eksempel inngå utarbeidelse av utkast til instruksverk, utarbeide retningslinjer for internrevisjonens arbeid, utarbeide metodikk for revisjonsarbeidet/revisjonshåndbok. Under sistnevnte inngår å fastsette og beskrive prosess for risikovurdering, planlegging (årsplan), gjennomføring av de enkelte revisjonsprosjekt (planlegging, gjennomføring, rapportering, oppfølging), periodisk rapportering etc.

Fase 2

* Risikovurdering

Intern revisor må initiere en risikovurderingsprosess og gjennomføre denne i samarbeid med nøkkelpersoner/nøkkelmiljøer i helseforetaket. I forkant av denne prosessen må det etableres et felles begrepsapparat for risiko og kategorisering av de ulike typer risikoer innen helseforetaket. Risikovurderingen bør ta utgangspunkt i sannsynlighet (risiko for at noe kan gå galt) og konsekvens (tap hvis noe går galt). Sistnevnte tilfelle gjelder ikke kun økonomiske tap, her kommer også tap av renomme, tap av liv, skade på miljø etc. Risikoanalysen bør presenteres for styret og ledelse slik at styret og ledelse har et eierskap til risikovurderingen og de underliggende prosessene bak vurderingen.

* Revisjonsplan 2005

Basert på omforent risikoforståelse utarbeides revisjonsplan med forslag til revisjonsprosjekter inn mot de områder der det er høy sannsynlighet og/eller stor konsekvens. I tillegg må omfang (hvor mange geografiske lokasjoner/avdelinger/enheter som skal besøkes innen de enkelte revisjonsprosjekt) og frekvens av revisjonsprosjektene fremgå av revisjonsplanen. Revisjonsplanen bør godkjennes av styret. Revisjonsplanen setter rammer for omfanget av revisjonsaktiviteter. Av

den grunn bør det utarbeides et revisjonsbudsjett som legges frem samtidig med behandlingen av revisjonsplanen.

* Bekreftelse til eier

I forbindelse med rapporteringen for 2. tertial skal styret i Helse Vest bekrefte til eier at helseforetaket har etablert en internrevisjonsfunksjon.

4. Utvikling av sørge for- ansvaret og bestillerfunksjonen

4.1 Innledning

I protokollen fra Foretaksmøtet for Helse Vest RHF (17.1.2005) lyder punkt 4.2.1, første del, som følger:

"Frå og med 2005 set departementet krav til regionale helseføretak om tydelegare organisatorisk og system-markering mellom dei to rollene som høvesvis ivaretar av "sørgje for"-ansvaret og eigar av underliggjande helseføretak, slik dette er omtala i St.prp. nr. 1 for 2005. Siktemålet er betre organisatorisk understøtting av dei to rollene for å verne om det heilskaplege ansvaret som er lagt til dei regionale helseføretaka. Tiltaka inneber også betre praktisering av modellen overfor private aktørar."

I bredeste forstand bygger helseforetaksmodellens legitimitet på en form for "politisk og sosial kontrakt" mellom det politiske system, de regionale helseforetakene og befolkningen. For de regionale helseforetakene betyr det at man kontinuerlig må utvikle sørge for-rollen og eierrollen slik at legitimitetsposisjonen styrkes.

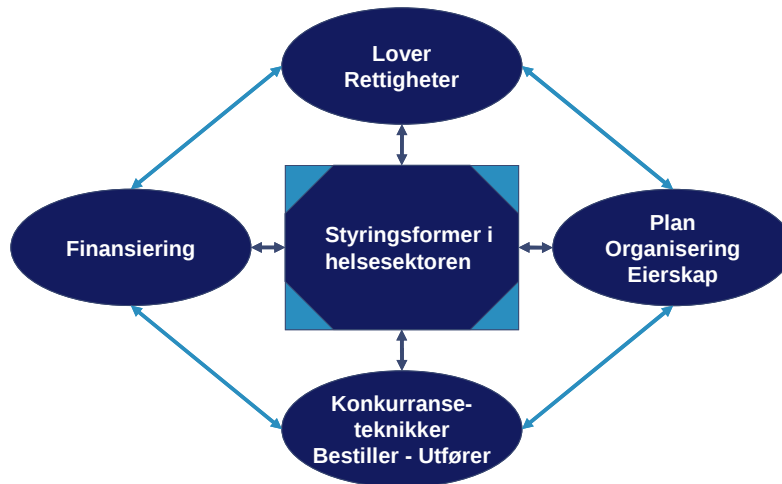
4.2 Styringsformer i helsesektoren

Organiseringen av spesialisthelsetjenesten bygger på et finstemt samspill mellom bruken av følgende styringsformer:

- Juridiske rettigheter/lovstyring
- Planstyring, organisering og eierskap
- Finansielle virkemidler
- Konkurranseteknikker (bestiller- utfører)

Dette kan illustreres ved følgende figur:

Figur 4.1 Styringsformer i helsesektoren



De regionale helseforetakene har det operative ansvaret for å utøve og balansere alle disse styringsformene. De signaler og krav som fremsettes i protokollen fra foretaksmøtet mht. utvikling av bestillerfunksjonen og et klarere organisatorisk skille mellom eier- og sørge for- rollen, må derfor på regionalt nivå nøye tilpasses hensynet til et **balansert samspill** mellom de ulike styringsformene. I utviklingen av den regionale foretaksrollen bør man derfor unngå "brå" organisatoriske og funksjonelle kursendringer som kan gi utilsiktede effekter for den **helhetlige** styringen av de regionale helseforetakene.

Ut fra det samlede ansvaret som er lagt til de regionale helseforetakene må endret, relativ vektlegging mellom de ulike styringsformene analyseres og vurderes i et effektperspektiv mht:

- Formålseffektivitet
- Prioriterings- og allokeringseffektivitet
- Produktivitet
- Kostnadseffektivitet
- Kvalitet

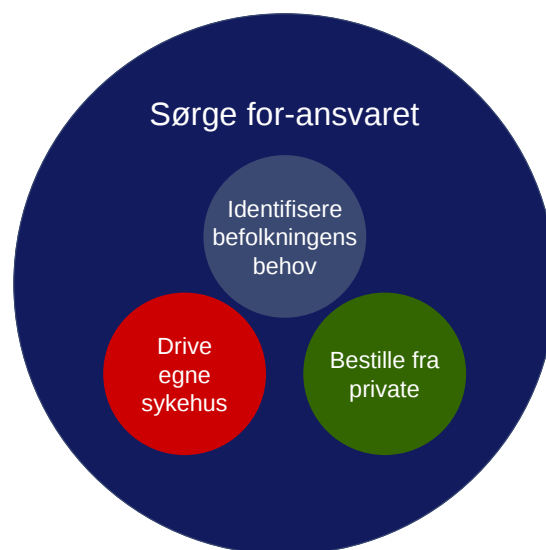
Vi kan ikke se at det er foretatt konsekvensvurderinger av effektene av de kravene som formuleres i foretaksprotokollen. Dette tilsier at man bør legge seg på en "forsiktighetslinje" når det gjelder den organisatoriske og funksjonelle implementeringen på regionalt nivå slik at helhetsperspektivet blir ivaretatt på en balansert måte.

4.3 Om sørge for- ansvaret og utvikling av bestillerfunksjonen

Helseforetaksmodellen på regionalt nivå består i en helhetlig utøvelse av sørge for- og eierrollen. Ved analyse av de politiske dokumentene som ligger til grunn for helseforetaksreformen er det åpenbart at sørge for- rollen representerer den overordnede og legitimitetsskapende posisjonen. I den videre utviklingen av helseforetaksmodellen er det derfor avgjørende å videreutvikle og styrke sørge for- ansvaret på regionalt nivå. Dette bør være et retningsgivende premiss for utviklingen av den regionale foretaksadministrasjonen.

I figuren nedenfor har vi prøvd å illustrere de ulike regionale rollene. Den viser at sørge for- ansvaret har en overordnet posisjon og kan ivaretas gjennom enten å drive/eie sykehus eller å bestille helsetjenester fra private virksomheter. Å eie egne sykehus blir derfor kun et **virkemiddel** for å realisere det regionale sørge for- ansvaret og ikke et mål i seg selv. Så langt i helseforetaksreformen kan det synes som om eierrollen har hatt prioritert på bekostning av sørge for- rollen. Dette kan synes rasjonelt og riktig i forhold til det risikonivået som overtakelse av de fylkeskommunale sykehusene innebar for de regionale helseforetakene. Signalene i foretaksprotokollen er imidlertid at sørge for- rollen fremover må styrkes og gis en overordnet posisjon.

Figur 4.2 Sørge for- ansvaret



Det forhold at eierrollen kun er en del- mengde av sørge for- ansvaret tilsier at man innenfor et regionalt helhetsansvar bør unngå et for tydelig organisatorisk skille mellom de to rollene. Det som er viktig er at man i utøvelsen av sørge for- ansvaret behandler private aktører og egne foretak på en likestilt måte.

4.3.1 Om å utvikle et klarere skille mellom bestiller- og utførerrollen

Foretaksprotokollens krav om *"tydelegare organisatorisk og system-markering mellom dei to rollene som høvesvis ivaretar av sørge for-ansvaret og eigar av underliggjande helseforetak,"* innebærer et ønske om et klarere skille mellom bestiller- og utførerrollen. Denne forståelsen understøttes ytterligere av kravet om *"ei betre praktisering av foretaksmodellen for private aktører."*

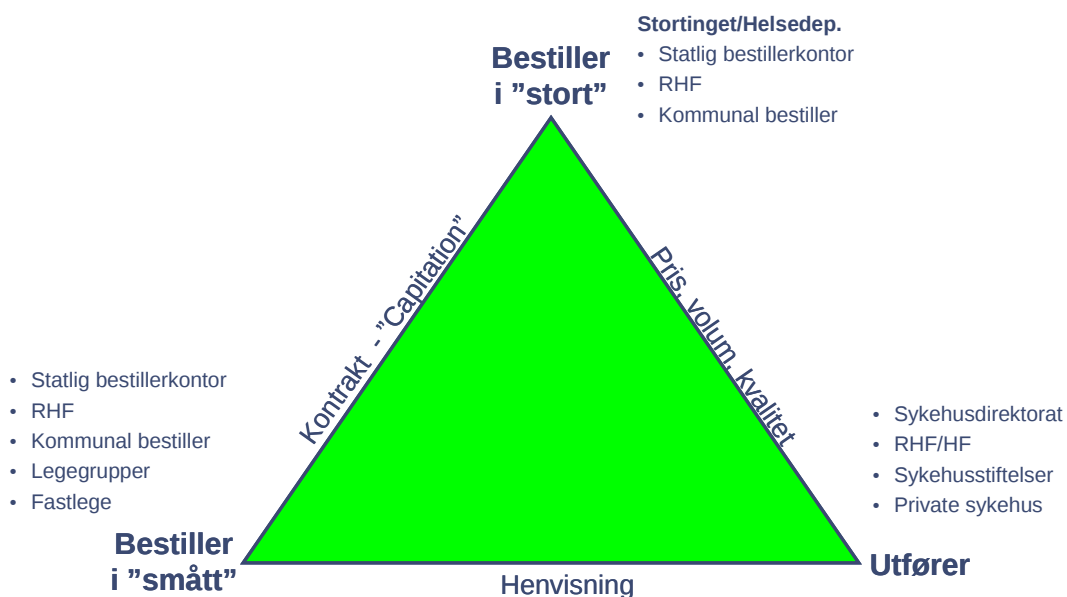
For at de regionale helseforetakene skal kunne operasjonalisere signalene i eierprotokollen, er det nødvendig å konkretisere og nyansere diskusjonen:

Et skille mellom bestiller- og utførerrollen gjør ansvarsforhold og oppgavefordeling mellom myndighetsorgan (bestiller) og tjenesteprodusent (utfører) tydeligere. Det bygger på kontraktsstyring hvor bestiller definerer innhold og kvalitet på tjenester, og utfører er ansvarlig for produksjon og leveranser i tråd med bestilling. Etablering krever et system for prissetting av tjenestene med tilpassede regnskapssystemer. I slike modeller er det vanlig å la pengene følge pasienten (stykkpris) framfor å benytte rammekontrakter.

Utvikling av bestiller- utførermodeller kan skje på **systemnivå** og på **individnivå**. Bestillingen kan foretas av bestiller med grunnlag i et totalbehov (bestilling på systemnivå) eller med grunnlag i et individuelt behov (bestilling på individnivå).

- *Bestilling på systemnivå – bestilling i stort:* Bestilling i stort er en bestilling som omfatter hele tjenesteområdet, for eksempel akuttjenester for en definert befolkning. Bestillingen bør si noe om det volum, kvalitetsstandard og kostnadsnivå som legges til grunn for bestillingen.
- *Bestilling på individnivå – bestilling i smått:* Bestilling i smått er det oppdraget som utførerenheten skal utføre for den enkelte pasient. Bestillingen kan foretas som en rekvisisjon fra allmennlegen eller fra en bestillerenhet etter rekvisisjon fra allmennlegen. Ved en slik bestilling er rammevilkårene (pris og kvalitet) fastsatt på høyere nivå, f. eks, ved fastlagte DRG priser, av bestiller i stort. Fastlegen har i dag ikke det økonomiske ansvaret for de tjenester hun henviser til. I England er en slik ordning innført til en viss grad i form av ordningen "Practice-based commissioning".

Figur 4.3: Bestillingstyper for helsetjenester



Argumenter for bestiller/utfører-modeller kan samles i følgende punkter:

- Er ment å skulle gi effektivitets- og produktivitetsgevinster
- Vil bevisstgjøre slik at oppdrag og bestillinger prioriteres, spesifiseres og ses i sammenheng. Det vil samtidig gi utførende virksomheter mer tydelige oppdrag og bedre grunnlag for helhetlig driftsplanlegging.
- Den ivaretar brukernes rettssikkerhet og konsumentvalg
- Den fremmer en profesjonalisering
- Den tydeliggjør RHF-enes ansvar som forvalter og tjenesteprodusent
- Den synliggjør graden av samsvar mellom ressurser og behov

- Den legger til rette for konkurranse, kontraktsstyring og brukerorientering

Argumenter mot er:

- Fare for økt byråkrati og store administrasjonskostnader
- Stort behov for kompetanse og ressurser i forbindelse med avtaleutforming og -oppfølging
- Det kan være mangel på nødvendig kompetanse
- Risiko for spillsituasjoner
- Det er ofte begrensede forutsetninger for etablering av konkurranse
- Det er ikke konstatert overbevisende produktivitetsforbedringer
- Det er ikke funnet klare tegn på økt kvalitet
- Det samlede utgiftsnivået har steget

Når man skal ta i bruk konkurranseteknikker ved bruk av bestiller-leverandør modeller på regionalt nivå (i "stort") må dette vurderes ut fra samspillseffektene med de andre styringsformene det regionale disponerer, nemlig:

- Finansieringsordninger
- Juridiske rettigheter/pasientrettigheter
- Organisering og forholdet til egne foretak

Manglende oversikt over samspillseffekter tilsier derfor en forsiktig og gradvis implementering av markedsbaserte konkurranseteknikker innenfor spesialisthelsetjenesten.

4.3.2 Avveininger ved bruk av bestiller- leverandør modeller

Nedenfor setter vi fram noen av de spørsmål Helse Vest RHF må ta stilling til. Intensjonene er at de etterfølgende avsnittene skal belyse de avveininger og beslutninger RHF'et må foreta.

Overordede problemstillinger

- Er det nødvendig å innføre en bestiller- og utførerorganisasjon for å imøtekomme kravene om et tydelige sørge for- ansvar?
- Hvordan skal man utforme en bestiller- og utførerorganisasjon i Helse Vest?
- Hvordan skal en bestiller- og utførerorganisering legge til rette for bedre politisk og administrativ styring i Helse Vest?
- Skal en bestiller- og utførerorganisering kombineres med konkurranseeksponering i Helse Vest?

Spørsmål knyttet til utformingen

- Skal bestiller- og utførerorganisering innføres i alle helsetjenester som helseforetaket har ansvar for, eller bare deler av tjenesten?
- Hvor store transaksjonskostnader må Helse Vest regne med for å etablere nødvendig bestillerkompetanse?
- Hva er forholdet mellom antatt reduksjon i produksjonskostnader vs. transaksjonskostnader?
- Hva er optimal kontraktslengde for de ulike typer tjenester.
- Hvem er bestiller(e)? Hvilken kompetanse skal sitte hos bestiller?
- Hvilke oppgaver skal legges til bestillerkontoret?
- Hvem er utfører(e)?
- Hvordan sikre godt samarbeid mellom utførerenhetene?
- Hvordan skal de tillitsvalgte involveres i prosessen med å etablere en bestiller- og utførerorganisasjon?

Spørsmål knyttet til styring

- Hvor skal ordningen med intern RHF-representasjon i HF-styrene håndteres i kraft av RHF'ets bestilleransvar?
- Hvor skal budsjettansvaret ligge?
- Skal pengene følge brukeren?
- Hvilket ansvar har bestiller for sitt budsjett? Hvilket ansvar har utfører for sitt budsjett? Hvem har ansvar for totalbudsjettet?
- Hvem er det som skal levere styringsinformasjon (på økonomi, personal og kvalitet) til bestiller i stort? Hva skal det rapporteres på? Når?
- Hvem skal bestemme når produksjonsvolumet skal økes? Hvem har ansvar for at budsjettet ikke overskrides ved økt behov?
- Hvem skal foreta avveininger og ta beslutningen når økninger i behov medfører at budsjettet overskrides? Hvordan skal dette håndteres
- Hvilket omfang og hvilken kvalitet skal tjenesten ha?
- Hvordan skal bestiller kvalitetssikre leveransene fra utførere?
- Hvordan skal medisinsk- faglige prioriteringer sikres?
- Skal det opprettes egne pasientorganer for ivaretagelsen av brukerne? Hvilken brukerkontakt skal bestiller ha, og hvilken brukerkontakt skal utfører ha?

Spørsmål knyttet til konkurranseeksponering innenfor en bestiller- og utførerorganisasjon

- Er det aktuelt å konkurranseeksponere tjenesten? Hvilken form for konkurranse er aktuell?
- Finnes det et marked for den aktuelle tjenesten?
- Hvilken bestillerkompetanse har Helse Vest allerede? Hva slags bestillerkompetanse må eventuelt bygges opp for å kunne håndtere en anbudskonkurranse på korrekt måte?
- Hvem skal avgjøre hvilken tilbyder som får oppdraget etter en anbudskonkurranse?
- Hvilke krav stiller en anbudskonkurranse til organiseringen av bestiller- og utførerorganisering i RHF'et?
- Hvor stor organisatorisk avstand må det da være mellom bestiller og utfører?

4.3.3 Bestiller – utfører: Noen modeller

Vi vil nedenfor presentere noen konseptuelle alternativer for å belyse bestiller/utfører-modellen i forhold til noen sentrale variabler:

Slike modeller vil bl.a. variere avhengig av hvor tett organisatorisk integrasjon/separasjon det vil være mellom bestiller- og utfører.

Videre vil det være variasjon mht. hvor stor andel og hvilke av tjenestene som skal konkurranseutsettes. Også graden av integrasjon mellom primærhelse- og spesialisthelsetjenester vil være et viktig kriterium ved valg av modell.

Samlet må disse hensynene vurderes i et kost-nytte og risikoperspektiv når man utvikler bestiller-utfører modeller.

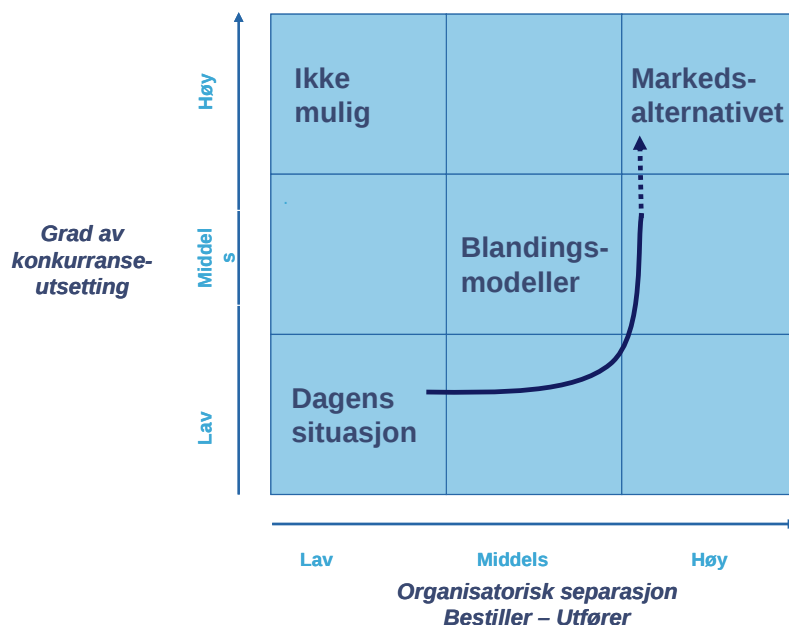
Bestiller/utfører: Hva og hvor mye skal konkurranseutsettes?

Økt bruk av konkurranse krever et klarere skille mellom bestiller og utfører. I dagens helseforetaksmodell er bestiller og utfører organisatorisk fullt ut integrert innenfor det regionale foretaket.

I figuren nedenfor har vi prøvd å illustrere alternative løsninger med utgangspunkt i ulike grader av organisatorisk integrasjon mellom bestiller og utfører på den aksene og grad/omfang av

konkurransetsetting på den annen. Figuren illustrerer at bruk av bestiller-leverandør modeller mer bør betraktes som et utviklingskontinuum snarere enn idealtypiske kategorier.

Figur 4.4 Typologier for bestiller-utfører modeller



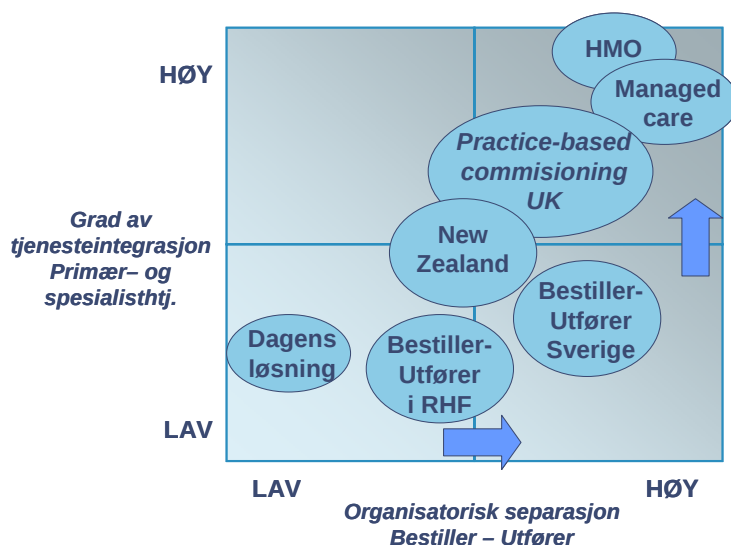
Figuren viser at i dagens foretaksorganisering er bestiller- og utførerrollen integrert innenfor rammen av de regionale helseforetakene og med liten bruk av konkurranseutsetting. Signalet i foretaksprotokollen om tydeligere organisatorisk markering mellom de to rollene og samtidig verne om det helhetlige ansvaret som er lagt til de regionale foretakene, innebærer at det fra eier forventes en gradvis utvikling av skillet mellom bestiller- og utførerrollen og noe større bruk av konkurranseutsetting. Denne forståelsen bør være retningsgivende for de organisatoriske og funksjonelle justeringer som skal skje innenfor RHF-nivået.

4.3.4 Bestiller/utførermodeller: Forholdet til integrasjon mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

I figuren på neste side har vi forsøkt å kategorisere ulike konkurransemodeller i forhold til parametrene *grad av integrasjon mellom spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester på den ene siden og grad av organisatorisk integrasjon mellom bestiller og utfører på den annen*.

På en ene ytterpunktet finner man Norge hvor bestiller-utfører rollen er integrert og hvor det er liten integrasjon mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Motsatt ytterpunkt er England og managed care i USA hvor skillet mellom bestiller og utfører er trukket langt og hvor man tilstreber en helhetlig integrasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er ikke mulig å se noen entydig internasjonal utviklingsretning, men det synes som om det kan være en økonomisk og helsefaglig gevinst ved å få til en tettere integrasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, snarere enn å rendyrke konkurranseteknikker og skille mellom bestiller og utfører. Pilen i figuren indikerer imidlertid en anbefaling om en utviklingsretning mot et gradvis klarere skille mellom utfører og bestiller-rollen, men at primærfokus imidlertid bør være rettet inn mot bedre tjenestemessig integrasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Figur 4.5 Ulike typer bestiller-leverandør modeller



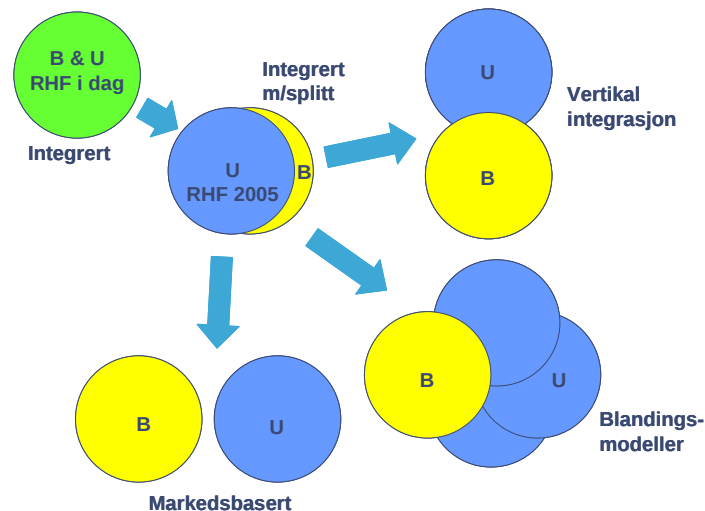
I Sverige har man valgt ulike løsninger mellom länenene, der noen har behold bestillerenheten på länsnivå, mens andre har flyttet den til distrikts eller kommunenivå. I England, New Zealand og de länenene i Sverige som har benyttet bestiller/utfører-modeller i lengst tid er bestillerenheter knyttet til primærhelsetjenesten.

I England ønsker man å oppmuntre flest mulig allmennleger til å danne legegrupper med bestilleransvar. Hensikten er å knytte økonomisk ansvar til bestilling i smått funksjonen. I Norge er det fastlegen som er bestiller i smått og som henviser pasienten til spesialisthelsetjenesten og hvor det regionale og sentrale nivået er bestiller i "stort".

Nedenfor har vi ut fra internasjonale erfaringer prøvd å belyse ulike utviklingsretninger som Norge kan velge i årene fremover. Så langt har den norske foretaksmodellen innebåret en stor grad av integrasjon mellom bestiller- og utførerrollen (grønn boble). Foretaksprotokollen innebærer imidlertid et signal om å utvikle en klarere organisatorisk splitt mellom bestiller og utfører, men fortsatt innenfor en integrert regional modell.

Når det gjelder internasjonale forhold, se vedlegg 2 om erfaringene fra Sverige, New Zealand og England.

Figur 4.6 Alternative bestiller-leverandør modeller



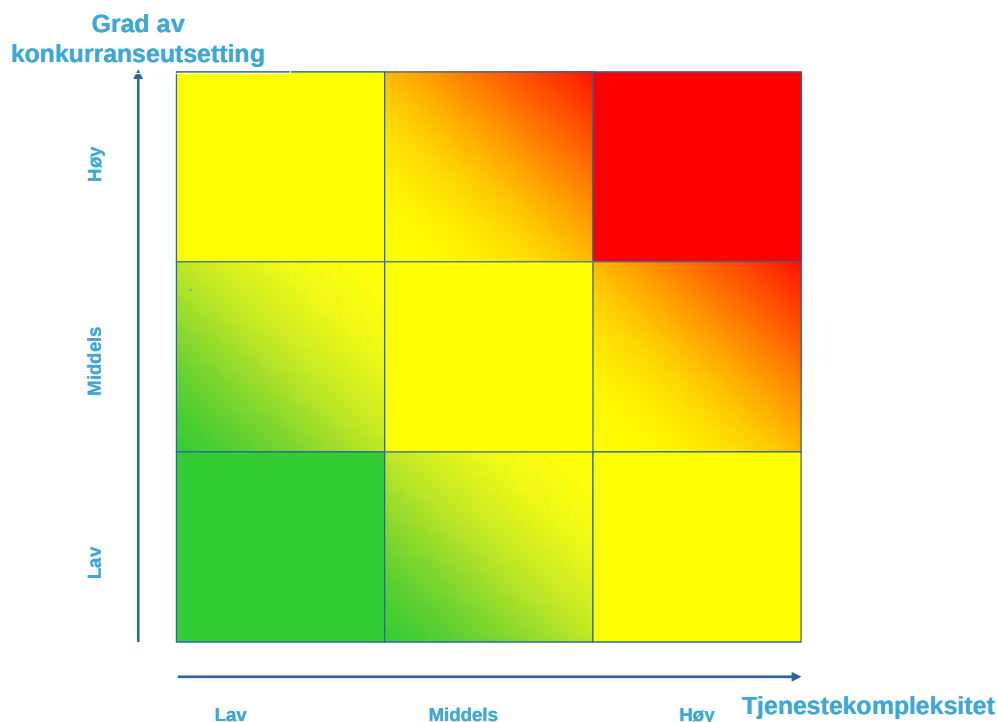
4.4. Bestiller – utførermødeller og risikonivå

I figuren nedenfor har vi prøvd å vurdere bruken av konkurranseutsetting i forhold til begrepet "risikonivå". Med risiko forstår vi sannsynligheten for at det oppstår uønskede utfall ut fra et helsefaglig eller helseøkonomisk perspektiv. Den grønne fargen indikerer lavt risikonivå, mens gult og rødt indikerer et stigende risikonivå og tilsvarende lite egnethet mht. bruk av konkurranseteknikker. Denne tilnærmingen benyttes så gjennomgående i punktene nedenfor når man segmenterer ulike tjenesteområder og -typer i forhold til egnethet når det gjelder bruk av bestillingsteknikker.

Helsetjenestens **kompleksitet** vil gjennomgående være en viktig faktor i vurderingen av om bestiller/utfører-modellen egner seg. For å definere tjenestens pris, omfang og kvalitet er det behov for en detaljert kontrakt som beskriver alle komponenter i tjenesten. Dette er mer gjennomførbart jo enklere tjenestene er å definere og å kontrollere. Fra sykehusene kjenner vi klagen på manglende renhold, mens rengjøringsfirmaene presiserer at de har levert tjenesten som spesifisert i kontrakten. Gitt de utfordringer slike kontrakter innebærer for de ikke-medisinske støttetjenestene, gir dette grunn til varsomhet i bruk av bestiller/utfører tjenester for komplekse medisinske tjenester.

Vårt utgangspunkt er derfor at bruk av konkurranseutsetting, både i forhold til tjenestetyper og volum, bør tilpasses tjenestens kompleksitet.

Figur 4.7 Risikoanalyse av bestiller/utfører- modeller



4.4.1 Bestiller og utfører: Former for konkurranse

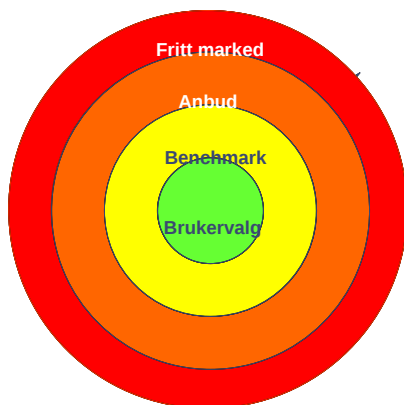
Konkurranseeksponering innebærer innføring av markeder og/eller konkurranse i offentlig tjenesteproduksjon. I NOU 19:2000 presenteres fire ulike konkurranseformer:

- Brukervalg
- Systematisk prestasjonssammenligning (benchmarking)
- Anbudskonkurranse
- Fritt marked

I figuren har vi rangert risiko og kompleksitet knyttet til bruk av de ulike konkurranseformene i norsk helsesektor, med grønt for lettest gjennomførbart, og rødt som indikerer svært krevende og/eller ikke gjennomførbart.

Brukervalg er allerede innført, blant annet gjennom ordningen med fritt sykehusvalg. Ved etablering av markeder kan man også benytte interne markeder der de ulike Også de andre formene for konkurranseeksponering anvendes i norsk helsesektor med ulike styrke og innretning.

Figur 4.8 Former for konkurranse



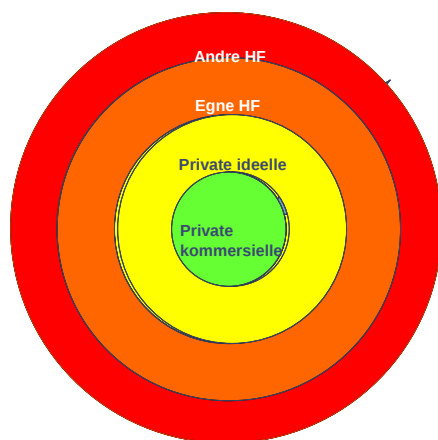
Med henvisning til de betydelige markedsimperfeksjonene som kjennetegner det norske helsemarkedet, tilsier det stor grad av forsiktighet mht. omfattende bruk av markedsløsninger. Brukervalg og pasientrettigheter samt økt bruk av benchmarking mellom helseforetakene for å drive frem et forbedringspress, synes å være de konkurranseformene som bør prioriteres. Dette bør imidlertid suppleres med en gradvis utvikling i bruken av konkurranseteknikker.

4.4.2 Bestiller og utfører: Målgrupper

Utformingen av den regionale bestillerfunksjonen vil kunne varieres i forhold til hvilke aktører/målgrupper som skal omfattes av bestillingen. Innretningen på bestilleroppdraget vil også variere avhengig av hvilke tjenestetyper som inkluderes i bestillingen (ref. pkt. 4.4.3 nedenfor). I sin mest omfattende form kan det regionale bestilleroppdraget rettes til alle offentlig helseforetak i landet samt private aktørene. Målgruppen for bestillingen kan så snevres inn slik det er forsøkt fremstilt i fig. 4.9.

Det må antas å foreligge store transaksjonskostnader og markedsimperfeksjoner knyttet til å utforme bestilleroppdraget til å omfatte alle de offentlig eide helseforetakene. Forekomsten av naturlige offentlige monopoler, tjenestekompleksitet og faren for store transaksjonskostnader, tilsier at bruk av konkurranseteknikker bør som et utgangspunkt avgrenses til målgruppen private aktører (såvel private ideelle som private kommersielle). I forhold til egne foretak bør det isteden skapes et forbedringspress gjennom bruk av benchmarking (prestasjonssammenligning) og teknikker for målstyring.

Figur 4.9 Målgrupper



4.4.3 Bestiller og utfører: Tjenestetyper

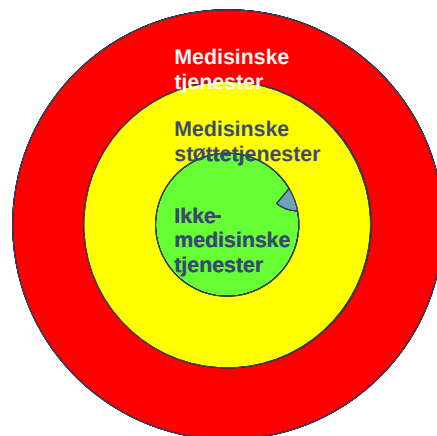
Tjenesteproduksjonen innenfor sykehus kan i utgangspunktet grupperes i 3 hovedkategorier: Ikke-medisinske støttetjenester, medisinske støttetjenester (lab, røntgen, patologi) og medisinske tjenester (kjernevirksomhet).

En del ikke-medisinske støttetjenester er allerede i dag satt ut på anbud i mange HF. Fordelen er at disse tjenestene er forholdsvis enkle å spesifisere og kontrollere, samt at det finnes mange tilbydere. Det må fortsatt antas være mulig å hente ut betydelige økonomiske gevinster ved å utvide bruken av konkurranseteknikker i forhold til ikke-medisinske støttetjenester.

For medisinske støttetjenester som laboratorietjenester og billediagnostikk finnes det private aktører som har et betydelig volum og tilbyr komplekse og konkurransedyktige tjenester. Den medisinske utvikling tilsier at laboratorietjenester i økende grad bør konkurranseutsettes, mens utviklingen innenfor radiologi tilsier at enkle tjenester bør konkurranseutsettes, mens i forhold til komplekse radiologitjenester som i økende grad beveger seg mot kjernevirksomheten i sykehusene bør det vises tilbakeholdenhet mht. konkurranseutsetting.

I forhold til medisinske tjenester kjenntegnes det norske markedet av få og svake private tilbydere som hovedsakelig har rettet seg inn mot enkle tjenester innenfor elektiv kirurgi. Mangel på tilbydere og et imperfekt prissystem tilsier at man bør være varsom med omfattende bruk av bestillingsteknikker i forhold til hoveddelen av medisinske tjenester. Det bør isteden fokuseres på konkurranseformer som benchmarking/beste praksis og målstyringsteknikker for å skape et forbedringspress.

Figur 4.10 Tjenestetyper

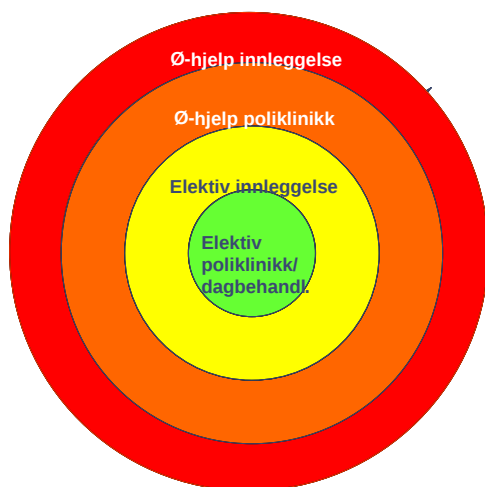


4.4.4. Bestiller og utfører: Somatiske tjenester

Somatiske helsetjenester kan grupperes som øyeblikkelig hjelp vs. planlagt behandling. Tilsvarende kan man skille mellom innleggelse og poliklinisk behandling. Som hovedregel må man kunne legge til grunn at innenfor området øyeblikkelig hjelp er det små forutsetninger for bruk av konkurranseordninger. Derimot bør bestillingsteknikker i økende grad kunne anvendes i forhold til elektive tjenester. Ordningen med fritt sykehusvalg og rett til behandling innenfor en tildelt tidsfrist

tilsier også at konkurranseteknikker forutsettes anvendt. Imidlertid bør en i forhold til enkel, elektiv kirurgi utforme det regionale bestilleroppdraget på en slik måte at det er i tråd med overordnede medisinsk faglige prioriteringer. Dette tilsier at den regionale bestillerfunksjonen må ivareta sitt prioriteringsansvar gjennom styring på volum, kvalitet og diagnosegrupper.

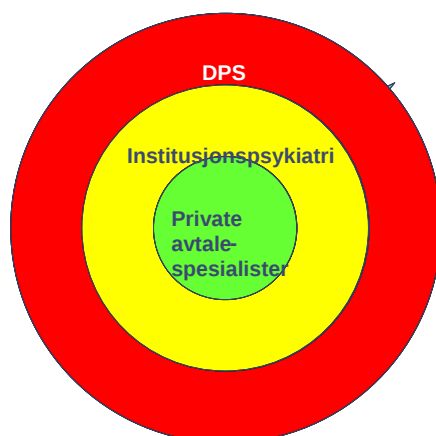
Figur 4.11 Somatiske tjenester



4.4.5 Bestiller og utfører: Psykiatriske tjenester

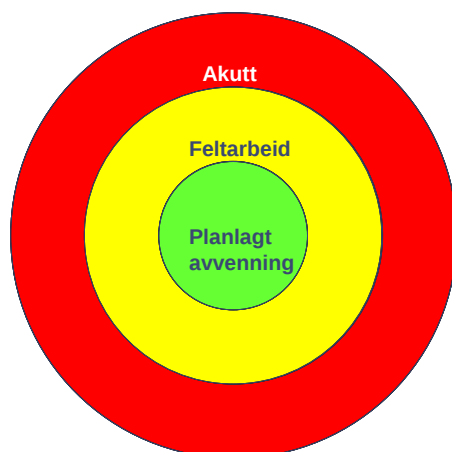
Innenfor psykiatrien er det tradisjonelt de private avtalespesialistene som er omfattet av en tilnærmet bestiller/utfører-modell. De distriktpsykiatriske helsetjenestene er derimot tett integrert med andre kommunale helse- og sosialtjenester, slik at bestiller/utfører løsninger synes mindre egnet. Institusjonpsykiatrien har mange private ikke-kommersielle aktører, men private kommersielle aktører er det få av, i en rekke andre europeiske land er private aktører betydelige tjenesteleverandører. Det mangler imidlertid et DRG system for de psykiatriske tjenestene, noe som vanskeliggjør bruk av bestilling i smått.

Figur 4.12 Psykiatriske tjenester



Også i rusomsorgen vil det være forskjeller i hvor relevant det er å benytte bestiller/utfører-modeller. Det er imidlertid innenfor denne omsorgstypen lange private tradisjoner. Det er derfor naturlig å videreutvikle den regionale bestillerfunksjonen i forhold til denne sektoren.

Figur 4.13 Rusomsorg



4.4.7 Anbefaling

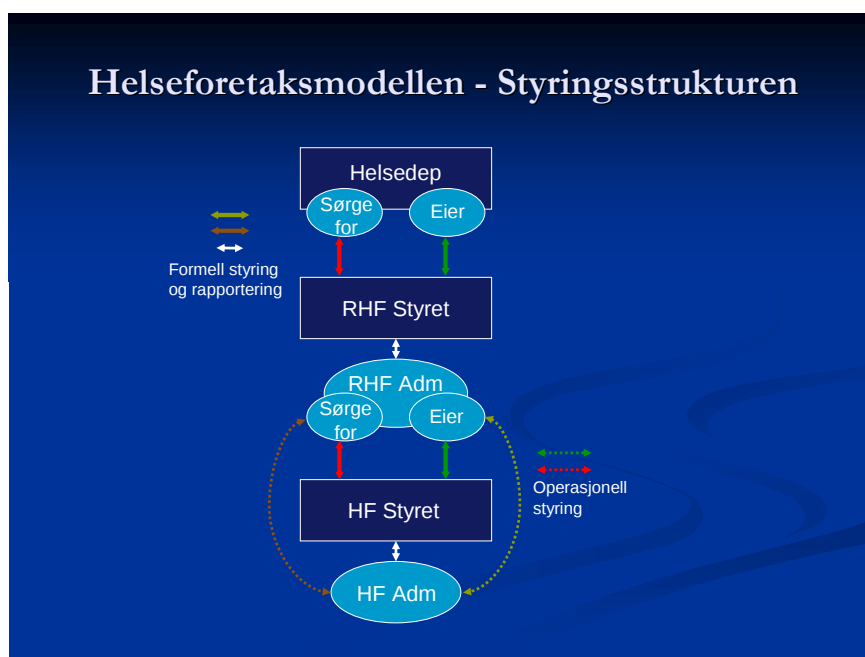
- Sørge for-rollen bør styrkes både organisatorisk og funksjonelt.
- Bestillerfunksjonen bør gradvis bygges opp, men omfanget av konkurranseutsetting og kontraktsstyring bør avgrenses til målgruppen av private øktører og begrenses til de medisinske tjenestene hvor dette egner seg.
- Det bør vurderes økt bruk av konkurranseutsetting forhold til ikke-medisinske fellestjenester.
- I forhold til egne eide helseforetak bør det ikke innføres kontraktsstyring, men bestilleroppdraget forankres i et bestillerdokument som vedtas på foretaksmøte slik at det sikres høy forpliktelsesgrad.
- For å bidra til produktivets- og kvalitetsutvikling i egne helseforetak bør det etableres gjennomgående system for benchmarking og prestasjonsmåling basert på analyse av de reelle kostnadene for de produserte tjenestene.

5. Videreutvikling av den regionale eierstyringen

Den regionale helseforetaksmodellen utøves gjennom sørge for-ansvaret og eierrollen. Styringsmessig forvaltes disse rollene gjennom enten gjennom det man kan betegne som formelle vs. operative ansvarsstrukturer. Man snakker ofte om formell vs. operasjonell styring.

I figuren nedenfor har vi prøvd å illustrere dette forholdet:

Figur 5.1



Den **formelle** eierstyringen i modellen utøves gjennom:

- Foretaksmøte
- Styringsdokument/protokoller
- Vedtekter og instruksverk
- Styreoppnevning og styrerepresentasjon
- Styrevedtak

Innenfor helseforetaksmodellen vil det imidlertid alltid være en rekke løpende beslutninger som ut fra sin karakter ikke trenger behandling innenfor den formelle ansvarsstrukturen og er delegert til administrasjonen. Slike beslutninger/avklaringer utgjør det man kan kalle den **operative ansvarsstrukturen/operasjonell styring**.

I oppdragsgivers mandat er disse problemstillingene uttrykt på følgende måte:

*"Vi ønsker at en også belyser hvordan Helse Vest kan styrke eierstyringen gjennom mer **strukturert samhandling** i forhold til helseforetakene uten at dette kommer i konflikt med den formelle beslutningsstrukturen som ligger i den formelle eierlinjen."*

Nøkkelformuleringen i mandatet er begrepet ”**strukturert samhandling**”. Vi forstår dette begrepet som: Prosesser og arenaer for rutinisert styring, samhandling og rapportering på administrativt nivå.

Gitt denne forståelsen blir vårt oppdrag å presentere konkrete forslag til strukturer og prosedyrer som styrker den operative, regionale eierstyringen og som ikke kommer i konflikt med beslutningsstrukturen i den formelle eierlinjen.

Vi vil foreslå at ”strukturert samhandling” operasjonaliseres på følgende måter:

- Etablering av faste **møteplasser** mellom RHF- og HF-administrasjonene
- Utvikling av **prosedyrer** og **rutiner** for medvirkning, styring og rapportering innenfor den regionale foretaksgruppen
- Utvikling av **instruks-** og **metodeverk** for interne prosesser og beslutninger innenfor konsernet

Det foreslås gjennomført et igangsatt et arbeid for å utvikle prosedyrer, prosessbeskrivelser, instruksverk og målesystemer som kan sikre strukturert samhandling innenfor Helse Vest RHF

I arbeidet med å utvikle prosessuelle samhandlingsprinsipper mellom det regionale nivået og det enkelte helseforetak, bør en starte med klargjøre og analysere de ”spenningsfaktorene” som påvirker relasjonene innenfor konsernet.

I arbeidet med å utvikle prinsipper for god virksomhetsstyring bør bl.a. følgende problemstillinger drøftes:

- Avklare på overordnet nivå prinsippene for ansvars- og oppgavefordeling mellom RHF’et og det enkelte helseforetak. Hvor og hvordan skal grensene trekkes mellom regional styring og lokal autonomitet? Hva skal være de klassiske konsernoppgavene og hvordan kan RHF’et skape merverdi for HF’ene?
- Utvikle klare saksbehandlingsregler mht. fullmakter og beslutningsmyndighet
- Drøfte styringsformene innad i Helse Vest mht. vektlegging av formell vs. operasjonell eierstyring, herunder å utvikle arenaer for informasjon, rådslag og involvering.
- Drøfte prinsippene for lojalitet og kollektivt ansvar innenfor den regionale modellen
- Drøfte prinsipper for involvering/høring av HF’ene i forhold til viktige regionale beslutningsprosesser
- Drøfte bruken av konsern-interne insentivordninger og utvikle måle-/suksesskriterier

6. Alternative modeller for organisering av det regionale foretaksnivået

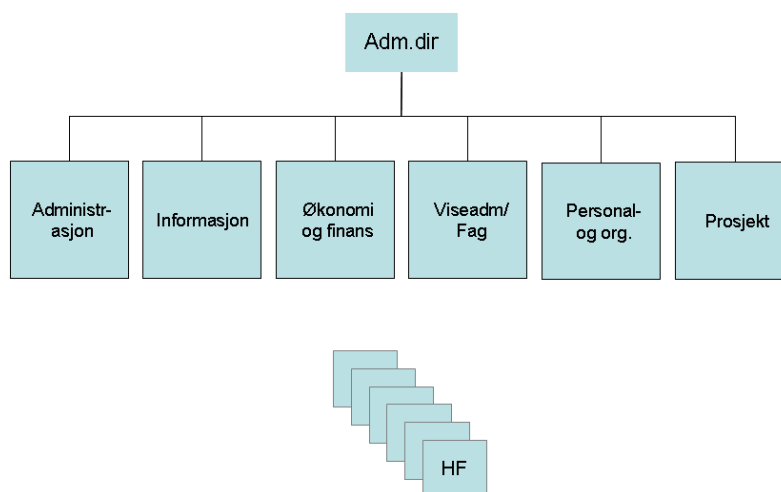
I kap. 4 ovenfor har vi drøftet hvordan Helse Vest RHF bør videreutvikle sørge for-ansvaret og bestillerfunksjonen for å møte eiers krav i foretaksprotokollen.

Når det gjelder de **organisatoriske** konsekvensene av foretaksprotokollen setter departementet krav til det regionale helseforetaket *"om tydelegare organisatorisk og system-markering mellom dei to rollene som høvesvis ivaretar av sørge for-ansvaret og eigar av underliggjande helseføretak."*

Dagens organisasjonsstruktur for Helse Vest RHF, slik den fremgår av figurene nedenfor, kjennetegnes av en flat og forholdsvis fragmentert struktur. RHF'ets 2 kjerneoppgaver som sørge for- og eierrollen er integrert i de ulike enhetene uten noe klart organisatorisk eller funksjonelt skille. Dette gir stor fleksibilitet, men kan samtidig skape styrings- og rollemessige uklarheter.

Departementets krav i foretaksprotokollen fordrer at Helse Vest må foreta en klarere organisatorisk markering av de ulike rollene.

Figur 6.1 Dagens organisasjonsstruktur for Helse Vest RHF



En justering av organisasjonsstrukturen i Helse Vest RHF skal bidra til:

- Et tydeligere organisatorisk skille mellom sørge for-ansvaret og eierrollen
- En klarere organisatorisk og funksjonell markering av sørge for-rollen, herunder å utvikle en bestillerfunksjon som sikrer likebehandling mellom private aktører og egne foretak.
- Utvikling av bestillerfunksjonen for å bidra til å bruke de tilbyderne som best kan være med på å realisere helsepolitiske mål.
- Sikre opprettholdelse av det helhetsansvar som er lagt til de regionale foretakene

I vedlegg 1 har vi presentert noen alternative skisser for organisering av den regionale administrasjonen tilpasset signalene i foretaksprotokollen.

Avhengig av hvordan man organisatorisk og funksjonelt gjennomfører skillet mellom sørge for og eierrollen, forutsetter foretaksprotokollen en klargjøring og presisering av de regionale rollene. Nedenfor listes det opp en del funksjoner som kan relateres til de to rollene:

Sørge for-rollen

- Analysere og fastlegge befolkningens behov for spesialisthelsetjenester
- Utforme bestilleroppdraget til egne helseforetak og private aktører tilpasset behovsanalysene og tildelte budsjettammer
- Utvikle samarbeidsmodeller mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten
- Utforme strategi for og innhold i bestillerfunksjonen
- Analyseansvar for kvalitets- og kostnadsutviklingen innenfor spesialisthelsetjenesten
- Internkontrollansvar i forhold til pasientrettigheter
- Utvikling av kvalitets- og effektivitetskrav til spesialisthelsetjenestene

Eierrollen

- Styrerepresentasjon i egne helseforetak
- Det økonomiske resultatansvar for egne helseforetak
- Det overordnede interkontrollansvar for egne helseforetak
- Etablering av system for prestasjonsmåling/benchmarking av egne helseforetak
- Pådriveransvar for å realisere konsernfordeler innenfor ikke-medisinske fellestjenester
- Pådriveransvar for standardisering av kliniske prosesser i egne helseforetak
- Pådriveransvar for effektiv funksjonsfordeling mellom egne helseforetak
- Ansvar for ivaretagelse av forskning og undervisning i egne helseforetak

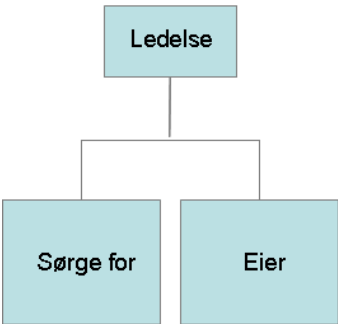
7. Oppsummerende anbefalinger

Med henvisning til de eierkrav som fremsettes i foretaksprotokollen av 17. januar 2005, vil vi anbefale følgende:

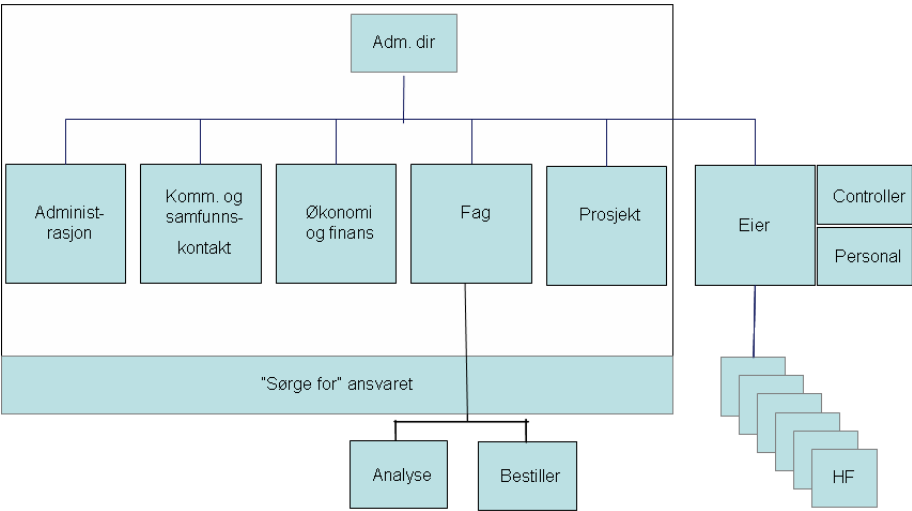
- Det iverksettes tiltak som styrker sørge for- rollen og gir denne overordnet organisatorisk og funksjonell prioritet innenfor den regionale foretaksmodellen
- Det iverksettes en forsiktig og gradvis bruk av konkurranseteknikker nøyte avstemt i forhold til andre styringsformer innenfor spesialisthelsetjenesten.
- Bruk av konkurranseteknikker tilpasses hensynet til et akseptabelt risikonivå.
- Det gjennomføres en omorganisering som bidrar til et klarere skille mellom sørge for- og eierrollen
- Det igangsettes et arbeid med å utvikle det strategiske innholdet i sørge for-ansvaret og eierrollen.
- Det utarbeides en plan for organisering og implementering av internkontroll
- Det utarbeides en plan for etablering av internrevisjon

Vedlegg 1: Alternative skisser for organisering av Helse Vest RHF

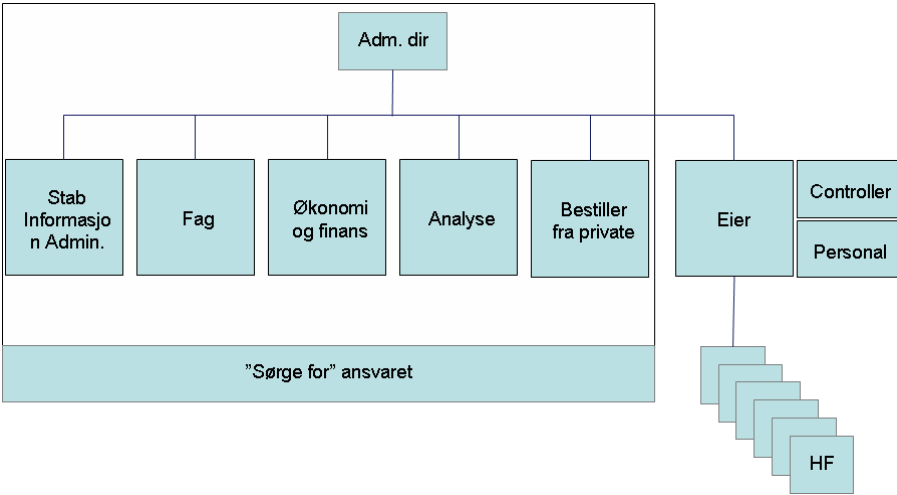
Altn. 1



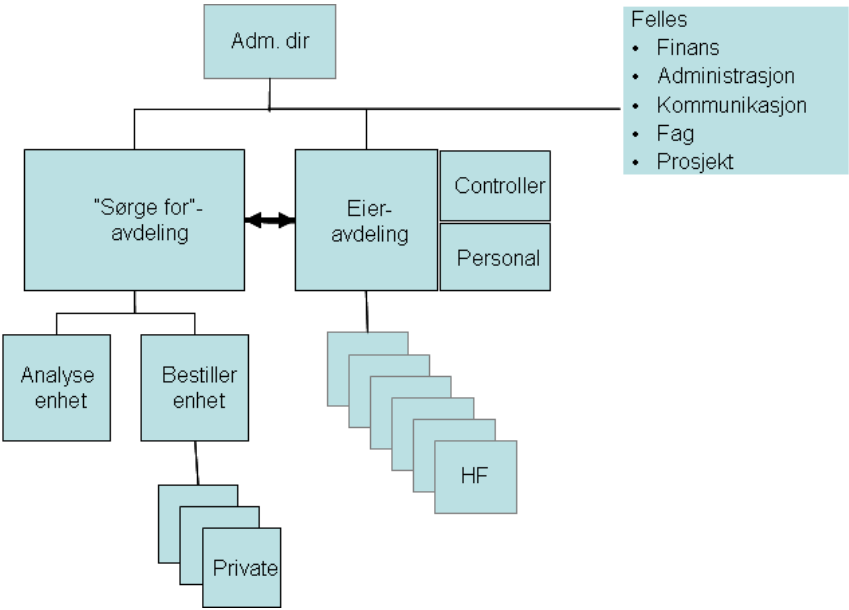
Altn. 2



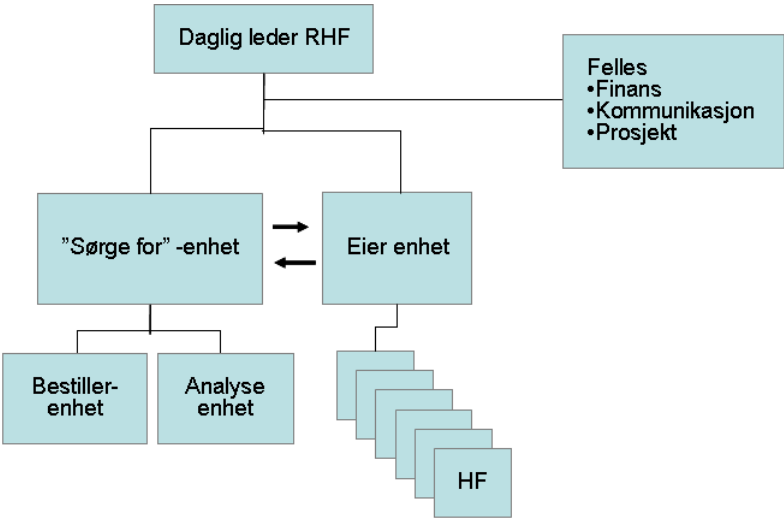
Altn. 3:



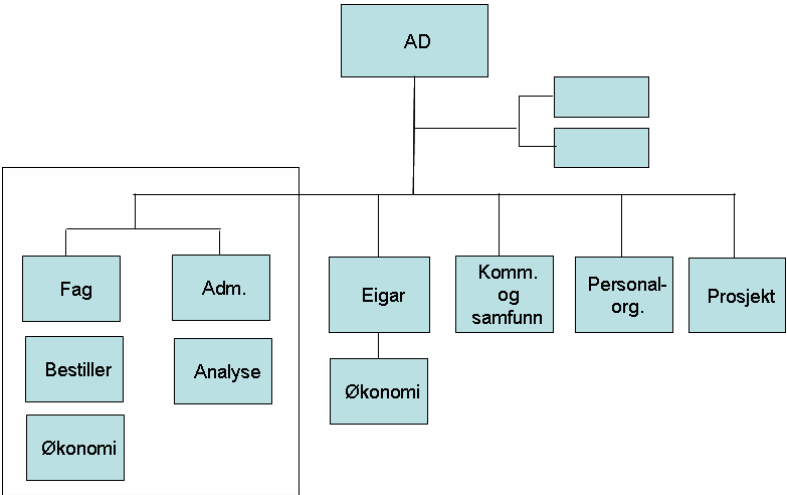
Altn. 4



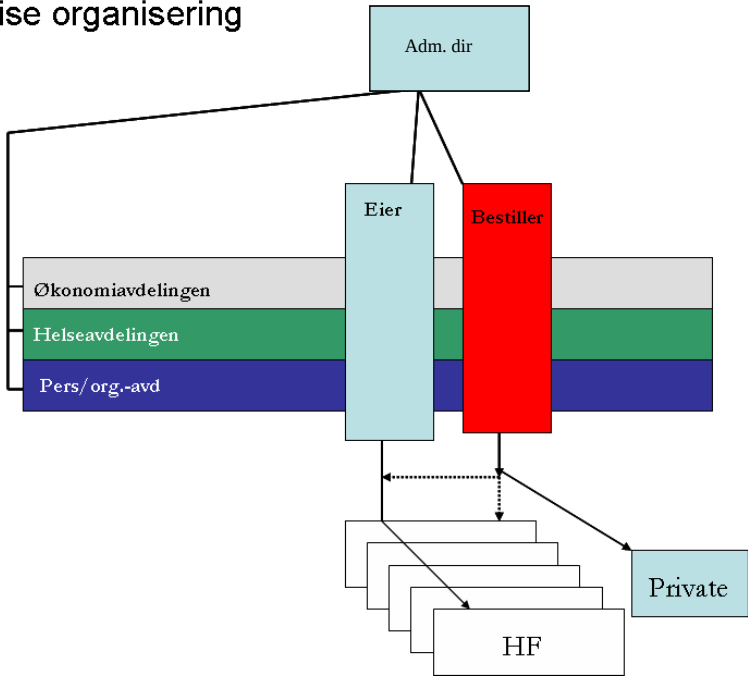
Altn. 5



Altn. 6



Matrise organisering



Vedlegg 2: Erfaringer fra andre land

Sverige

Bestiller – Utfører modeller ble innført på länsnivå fra begynnelsen av 1990 tallet. I 1994 var det innført i nesten halvparten av länenene. Bestillerorganisasjonen varierer mellom länenene og også innen länenene.

- Noen har innført en sentral enhet på länsnivå, andre har knyttet bestillerfunksjonen til mindre enheter (distrikt). Dalarna og Bohus har bestillerenheter på kommunenivå.
- Bestiller og utfører tilhører ofte samme offentlige organisasjon, og forhandlingene er vanligvis ført på administrativt nivå. Kontraktsarrangementet varierer også mellom länenene. Det er også ulike løsninger for hvordan bestillerenheten kjøper tjenester utenfor sitt län. I noen tilfeller er pris og rammer fastsatt sentralt.
- Tradisjonelt har fokus vært på kostnadsreduksjon og forhandlingene har fokusert på pris og volum. I den senere tid har man utvidet kontrakten til å inkludere forebyggende helsearbeid, samarbeid med sosialtjenester og trygdemyndigheter.
- Kontraktene er vanligvis basert på aktivitetsbasert finansiering kombinert med pris eller volumrestriksjoner og kvalitetsgarantier. DRG-baserte finansieringsløsninger er den vanligste modellen for somatiske tjenester. Dette er ofte kombinert med døgnsetser for lengre opphold (outliers).
- Antall "vektede" konsultasjoner er den vanligste enheten for polikliniske tjenester. Det er store variasjoner i utformingen av kontraktene. Psykiatriske tjenester, geriatri og øyeblikkelig hjelp er vanligvis dekket ved rammebudsjetter. Høyspesialisert medisin og ressurskrevende regionale helsetjenester er ofte finansiert med stykkpris. Finansiering skal dekke produsentenes kostnader, men ikke gi profitt.
- I alle län kan pasientene velge sin allmenlege eller sitt helsesenter. I mange län kan pasientene også velge sykehus, i noen tilfeller også uten henvisning. Privat konkurranse er mest omfattende innenfor primærhelsetjenesten og i eldreomsorgen, men noen län bestiller også omfattende somatiske tjenester fra private aktører.
- Bestiller/utfører- modellene har kommet samtidig med økt pasientvalg, og reformer innenfor primærhelsetjenesten. Det at pengene følger pasienten sikrer konsumentfriheten.
- Ettersom pasientene ikke dekker kostnadene selv, men av en tredjepart, har konkurransen mellom tilbyderne fokusert på tilgjengelighet og kvalitet. Dette kan gi svake incentiver for kostnadskontroll over tid. Noen studier har imidlertid funnet at kostnadseffektiviteten har økt som følge av reformene.

New Zealand

- I 1993 ble det gjennomført en reform som skilte bestiller og utfører av helsetjenester. Ansvaret for bestilling ble tillagt fire Regional Health Authorities (RHA). RHAene hadde ansvar for å bestille tjenester både fra primær- og spesialisthelsetjenesten, men ikke for folkehelseiltak. Fra 1992/93 ble mange sosialtjenester og tjenester for mennesker med psykisk og fysisk handicap overført til RHAene. Perioden 1993-1996 innebar den mest markedsbaserte løsningen de har hatt i New Zealand.
- I 1996 ble konkurranseelementet mellom tilbyderne tonet ned. De fire RHAene ble erstattet med en sentral enhet som etter en tid ble til Health Funding Authority (HFA). Som RHAene hadde HFA lokale kontor som skulle ivareta befolkningens behov for helse- og sosialtjenester. Ønsket var å finne en god balanse mellom å sikre en god effektivitetsutvikling gjennom konkurranse samtidig som transaksjonskostnadene, blant annet knyttet til kontraktsutforming, ble minimert. Kontraktsutforming ble krevende, og bestillersiden ønsket å integrere primær- og spesialisthelsetjenesten vertikalt i retning av health maintenance organisations (HMOs), for å sikre bedre koordinering og management av helsetjenestene. Det viste seg at det var vanskelig "to develop a funder-purchaser accountability framework based on a mix of outcomes, outputs and inputs."
- I 2000 ble bestiller- og utførerenhetene igjen del av samme organisasjon, i form av en desentralisering til 21 District Health Boards (DHBs). Disse enhetene fikk et ansvar for en helhetlig helse- og sosialtjeneste med fokus på lokalsamfunnets behov.
- DHBene er "Crown entities" med opp til 11 representanter i styret, hvorav syv er oppnevnt lokalt. Resten er oppnevnt av helsedepartementet. DHBene har ansvaret for å planlegge, finansiere og sørge for tilbudet av helse- og sosialtjenester i sitt geografiske ansvarsområde. Dette innebærer en bevegelse vekk fra bestiller/utfører-modellen ettersom DHBene selv utfører sykehus-tjenestene, og noen primærhelsetjenester. Tjenestene utføres av offentlige sykehus, men også av ikke-kommersielle og kommersielle private aktører. I 2003 fikk DHBene også ansvaret for eldre mennesker med spesielle behov (disabilities). Folkehelseiltak, tiltak for yngre mennesker med spesielle behov (disabilities) og noen nasjonale tiltak er helsedepartementets ansvar. Allmennlegetjenester, primary health organisations (PHO), aldershjem og jordmødre arbeider på kontrakt med DHBene.
- Helsedepartementet har ansvar for strategi og retningslinjer, samt bevilgninger. Helsedepartementet bestemmer hvilke tjenester DHBene skal tilby og hvilken prioritet de skal ha.
- Det er påpekt at DHBene nå har en dobbeltrolle som bestiller og utfører med de konflikter det kan medføre. Enkelte argumenterer for å flytte bestillerrollen til primærhelsetjenestenivået slik at DHBene vil ha ansvar for spesialisthelsetjenestene.
- Den nye strukturen kan gi DHBene incentiver til underskuddsbudsjettering, og noen knytter de senere sykehusunderskuddene til denne reformen. En OECD rapport er bekymret for effektivitetsutviklingen og at DHBene vil kjøpe fra sine egne sykehus selv om andre alternativer er rimeligere. De argumenterer for et privat alternativ tilsvarende løsninger som finnes i Sverige, eller mer omfattende private alternativ som i Nederland og Frankrike.

Storbritannia

"Internal market" eller "Purchaser/Provider-spilt" ble introdusert i 1990. District Health Authorities og GP Fundholders var kjøpere av tjenester og forhandlet fram kontrakter med NHS Trusts (sykehus og noen andre tjenester). Tjenestene kunne også kjøpes av private ikke-kommersielle institusjoner. Fra 1998 og 2000 ble det igangsatt nye reformer. Dagens organisering er:

Bestiller:

Primary Care Trusts (PCT)

Arbeider sammen med lokale myndigheter for å sikre befolkningen helse- og sosialtjenester. Formidler 75 % av NHS totale budsjett. 302 PCT i England. Deres kjerneoppgaver er:

- Sikre befolkningens tilgang til tjenester og at tjenestene er koordinert.
- Sørge for lokal produksjon av primærhelsetjenester og forebyggende helsetjenester (primary care and community health).
 - Legene er vanligvis ikke ansatt, men har en annen finansieringsordning.
- Bestille spesialisthelsetjenester fra sykehus, psykiatriske helsetjenester, tannleger, og andre enheter som apotek, optikere, NHS direct – telefontjeneste, NHS Walk-in-Centres, enhet for pasienttransport og ambulansetjenester og screeningsenheter.

PCT blir evaluert på bakgrunn av en lang rekke målsettinger (42 key targets) som måler tilgjengelighet, kvalitet, forebyggende helsearbeid, helsetilstand, medisinbruk med mer.

Practice-based commissioning

Dette er en ordning som gradvis innfører capitation. Det er et ønske om at alle GPs etter hvert skal utføre "practice-based commissioning". Legene oppmuntres til å samles i legegrupper med felles ansvar. Fellespraksisen tildeles et budsjett. Budsjettet vil med tiden bli mindre historisk basert og i større grad fordelt etter befolkningens behov og kjennetegn. Praksisen bestiller helsetjenester på vegne av sine pasienter, og betaler for disse. Gruppepraksisen beholder 50 % av overskuddet i forhold til budsjettet. Risikoen reduseres ved at underskuddet dekkes av PCT. Ved kontinuerlig overforbruk kan legene miste rett til finansiering. Større grupper vil ha mindre forventet avvik i forhold til budsjettet. Legegruppen kan også dele på utgifter til IKT, annet helsepersonell, lokaler med mer.

Utfører:

NHS Trusts

Sykehusene administreres av NHS Trusts som er ansvarlige for å sikre en effektiv helsetjenesteproduksjon til forsvarlig kvalitet. NHS Trusts er også ansvarlige for strategibeslutninger knyttet til sykehusenes utvikling og tjenestespekter.

Noen NHS Trusts er regionale eller nasjonale, med ansvar for spesialiserte helsetjenester. Noen er tilknyttet til universitetene med ansvar for forskning og utdanning. De kan også levere tjenester lokalt gjennom health centres, health clinics og som hjemmebaserte tjenester. Ikke-akutt behandling krever henvisning fra primærlegen.

NHS Foundation Trusts

Ny ordning som gir sykehusene større frihet i forhold til sentrale standarder og regulering, og videre fullmakter til å disponere budsjettet og utvikle tjenestespekteret i tråd med lokale prioriteringer. Pasienter, lokalbefolkning og ansatte vil bli invitert som medlemmer. Første NHS Foundation Trust etablert i april 2004.

Strategic Health Authorities

Etablert i 2002 med ansvar for strategi og overoppsyn (manage) med NHS på vegne av helsedepartementet. 28 enheter i England. Utvikle planer for forbedrede helsetjenester, og sikre kvaliteten på tjenestene. Styrke den lokale kapasiteten: bygningsmasse, utstyr, personell og organisering. Ivareta nasjonale prioriteringer

Andre virkemidler:

Kvalitetsvurdering: Star rating

Alle NHS Trusts blir vurdert hvert år. De blir tildelt stjerner som sammenfatter sykehusenes score på de ulike indikatorene. Opplysningene er offentlig tilgjengelige, og skal gi informasjon til pasientene som skal velge sykehus. Systemet har vært kritisert for å være sensitivt i forhold til noen mindre viktige indikatorer. Noen sykehus har mistet mange stjerner fra et år til et annet. Sykehus må ha topp rangering over tid for å kvalifisere til å bli Foundation Hospital. Kravene ble mindre strenge i 2004 for å sørge for at flere klarte å kvalifisere seg.

Valgfrihet

Fra 2002 har det vært ni prøveordninger i England for å tilby pasienter som har ventet mer enn 6 måneder på elektiv kirurgi, mulighet til å velge private løsninger. Fra desember 2005: "Choose and Book": Pasienter som trenger elektiv kirurgi skal tilbys å velge mellom 4-5 alternativer. Dette inkluderer NHS Hospitals, nye behandlingssentre (treatment centres), private avtalespesialister (GP surgery) og private sykehus. Ordningen kombinerer elektronisk booking, med valg av tidspunkt og sted for den første polikliniske avtalen. Bestilling kan utføres hos allmenlegen, på internett eller på telefon. Informasjon om ventetider og kvalitetsrangering (star ratings) finnes på internett. Fra 2008 er det planlagt fritt sykehusvalg.

